

**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: 2754097820200622174048**

**Processo 0815049-07.2020.8.23.0010  - (12 dia(s) em tramitação)**

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 9597 - Seguro

**Nível de Sigilo:** Público

**Pendências**

**Intimações não lidas:** [Ver Intimação](#)

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Reais</b>					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência					
<b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b>					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor					
<b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/>					
<b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11					
500 por pág.	<b>1</b>				
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 11	22/06/2020 17:40:48	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		11.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="file"/> 2728811CONTESTACAO01.pdf			Público
		11.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="file"/> 2728811CONTESTACAOAnexo02.pdf			Público
		11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="file"/> KITSEGURADORALIDER.pdf			Público
<input type="checkbox"/> 10	19/06/2020 15:41:36	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (18/06/2020)	EDSON SILVA SANTIAGO <b>Advogado</b>		
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de JEFFERSON FERMINO DEMÉTRIO) em 19/06/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (18/06/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	EDSON SILVA SANTIAGO <b>Advogado</b>		
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de JEFFERSON FERMINO DEMÉTRIO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (18/06/2020)	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA <b>Analista Judiciária</b>		
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (18/06/2020)	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA <b>Analista Judiciária</b>		
<input type="checkbox"/> 6	18/06/2020 20:03:42	<b>PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE</b>	ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES <b>Magistrado</b>		
		<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ		
		<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ		
		<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b>	SISTEMA CNJ		
		Registro de Distribuição			
		<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 1	10/06/2020 15:18:30	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	EDSON SILVA SANTIAGO <b>Advogado</b>		



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

PROCESSO: 08150490720208230010

**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 **JEFFERSON FERMINO DEMETRIO**, 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 **25/12/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **24/01/2020**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta 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.

#### 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta 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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA			Seguradora <b>LÍDER</b> Administradora do Seguro DPVAT	
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
Número: 3200180133	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO	Data do acidente: 25/12/2019	Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A		
<b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b>				
Data da análise: 25/05/2020				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METACARPOS DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 7				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.				
Documentos complementares:				
Observações: @ PÁG 7, RELATÓRIO MÉDICO DE 04/05/2020				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
<b>DANOS</b>				
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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta 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 25/12/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

# 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:

29/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

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

CLIENTE: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010104351-1

---

Nr. da Autenticação 356695A04CD4F3E3

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>.

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>.

---

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

<sup>5</sup>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.”

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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

### DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

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

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

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>7</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>8</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

---

63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

<sup>7</sup>"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

<sup>8</sup>art. 1º. (...)

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 16 de junho de 2020.

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

### **QUESITOS DA RÉ**

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**

**TABELA DE GRADUAÇÃO**

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonómica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonómica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JEFFERSON FERMINO DEMETRIO**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08150490720208230010.

Rio de Janeiro, 16 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200180133 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO Data do acidente: 25/12/2019 Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

Data da análise: 22/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METACARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL

Documentos complementares:

Observações: @ PÁG 7, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 04/05/2020

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	30%	R\$ 4.050,00
		Total	30 %	R\$ 4.050,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140643/20

**Vítima:** JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

**CPF:** 012.252.672-42

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/12/2019

**Titular do CPF:** JEFFERSON FIRMINO  
DEMETRIO

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

### JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO : 012.252.672-42

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/05/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 07.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento é o seu estado de conservação, espelham a conduta à qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la; Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

**CONFECIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.**

VISITE O PORTAL MTE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

139.27225.27-3

NUMERO: 0480608 SÉRIE: 003-0 UF: RR

*Jefferson Firmino Demétrio*  
ASSINATURA DO TITULAR



## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

### JEFFERSON FIRMINO DEMÉTRIO

FILIAÇÃO.....: ALZIRA FIRMINO DEMÉTRIO  
NASCIMENTO....: 10/10/1989 SEXO: MASCULINO  
ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR  
DOCUMENTO....: C. I. 32881188 15/02/2005 SESPR/RR  
LEN N° 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CNH: ZONA:  
CPF: 012.252.672-42 SEÇÃO: 0222  
TIT. ELEITOR: 003760892882 24/10/2008  
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 24/10/2008

*Jefferson Firmino Demétrio*  
Assinatura do Titular

ASSINATURA DO EMISSOR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

### FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE ..... PARA .....  
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

### DOCUMENTO

A-CASAMENTO | C-DIVÓRCIO | E-RECONHECIMENTO DA PATERNIDADE | G-DATA DE NASCIMENTO  
B-SER JUDICIAL | D-ADOÇÃO | F-MUDANÇA VOLUNTÁRIA | H-



## 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LUANNA A. DE S. NOPES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 294316382, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JEFFERSON FIRMINO DEMÉTRIO inscrito (a) no CPF sob o Nº 012252672, 42,  
do sinistro de DPVAT cobertura INVAMDE25 da Vítima JEFFERSON F. DEMETRIO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 012252672, 42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>R: SD. DM. JACINTO SILVA</u>	Número:	<u>359</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CARANÁ</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>691313572</u>
E-mail:	<u>LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>95991168367</u>

Local e Data:

BOA VISTA, 11/05/2020.

Assinatura do Declarante

**ELETROBRAS**  
**Distribuição Roraima**

Eletrobras, informe  
este NÚMERO

0115769-8

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – 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 autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 001652262

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	06/11/2018	558	311,03

ALZIMIRA FIRMINO DEMETRIO  
R. NOSSA SRA APARECIDA 314 EQUATORIAL  
CPF: 00044661444272  
CEP: 69.317-342 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.11.157800

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	1044		19/10/2018
Anterior:	486		19/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		21/11/2018
Consumo Medido:	558	FCAM	Próxima Leitura: 18/10/2018
Consumo Faturado:	558		Emissão: 19/10/2018
			Apresentação:

Forma de Faturamento	NORMAL	Fator de Potência	Dias de Consumo
			30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses

RESTO BAIXA RENDA	B1	TDB1734065N	1422736	1.4.1.2	125
-------------------	----	-------------	---------	---------	-----

HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
SET/18 434	CONSUMO 30 A R\$ 0,196352 = 5,89
AGO/18 109	70 A R\$ 0,336605 = 23,56
JUL/18 127	120 A R\$ 0,504914 = 60,58
JUN/18 147	338 A R\$ 0,561013 = 189,62
MAI/18 123	SUBVENCAO BAIXA RENDA - 37,87
ABR/18 145	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00 0,43
MAR/18 69	MULTA POR ATRASO DE I 09/18-00 0,73
FEV/18 0	JUROS DE MORA POR ATR 09/18-00 0,07
JAN/18 0	MULTA POR ATRASO 09/18-00 4,24
DEZ/17 0	JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00 0,63
	ILUMINACAO PUBLICA 25,28
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
8 A 39 - 0,157610	
31 A 100 - 0,270190	
101 A 220 - 0,405296	
221 A 558 - 0,450320	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
DEBITOS JA VENCIDOS	INFORME DE DEBITO VENCIDO
Mes/Año	Valor R\$
08/2018	219,43
	Informamos existirem débitos(s) vencidos(s), no valor de R\$ 219,43 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(m) sido paga(s), procurar uma loja de atendimento da Eletrobras Distribuição Roraima com o(s) comprovante(s) da pagamento(s).

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODE SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO, LIGUE 08007030120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16.11.16 21.26

48B4.53C2.6833.5238.9C6E.5B89.F58C.D66D

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	134,68	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Aliquota ICMS:	47,54
Transmissão:	5,61	Valor do ICMS:	1,35
Encargos:	55,17	Valor do PIS:	6,28
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
	DIC	FIC	DMIC	DICRI	
Mês/ano	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
	8,83	17,76	35,10	8,16	16,32
Último	8,83	17,76	35,10	8,16	16,32
Realizado	2,98	8,00		1,22	
FLORESTA			08/2018	13,08	
Consumo	Periodo de apuração:			EUSD:	
ROT: 8.001.16.11.157800					

  
**Eletrobras**  
**Distribuição Roraima**

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 001652262

836500000003 8 11030075000 4 0000000115 6 760810180008 3



SEQ.: 00042 UC: 0115769-8 DT.LEIT.: 19/10/2018 T.ENTR.: 04

LEITURA: 1044 NORMAL TOTAL: 311,03 CARGA: 009

DT.VENC.: 06/11/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1181



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA

VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**RORAIMA ENERGIA****VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4464959

**ANTONIO LOPES DA S FILHO**

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>539180</b>	MÊS <b>01/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>20-DEC-19 a 22-JAN-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>1197</b>	VENCIMENTO <b>10-FEB-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 969,04</b>

**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 <b>539180</b>	MÊS <b>01/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 969,04</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836500000093.690400750004.000000000539.918001200057







## 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 55

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MUANA A. DES. NODES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 294316382 / 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JEFFERSON FIRMINO DEMÉTRIO inscrito (a) no CPF sob o Nº 012252672 42,

do sinistro de DPVAT cobertura INVAMDEs da Vítima JEFFERSON F. DEMETRIO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 012252672 42, 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:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado: CEP:
E-mail:	Tel.(DDD):	

Local e Data:

BOA Vista, 11/05/2020.

Assinatura do Declarante

# 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 - CPE da vítima:

012252672425

4 - Nome completo da vítima:

JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

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

5 - Nome completo:

JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

6 - CPF:

012252672425

7 - Profissão:

SERVENTE

8 - Endereço:

R. NOSSA SRA. APARECIDA

9 - Número:

314

11 - Bairro:

EQUATORIAL

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317342

15 - E-mail:

HUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM

16 - Tel. (DDA):

95991168367

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)  Itaú (341)

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

Banco do Brasil (001)  Caja Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 250

CONTA: 104351

X

(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  Sim teve filhos?

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)

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 11/05/2020.  
Jefferson Firmino

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

CPF:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do procurador



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003456/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/01/2020 07:42 Data/Hora Fim: 24/01/2020 08:00  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 25/12/2019 18:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Raia do Sol

Logradouro: av estrela dalva

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Não definido

EN VOLVIDO(S)

**Nome Civil: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 10/10/1989 Idade: 30 anos  
Naturalidade:RR - Boa Vista Profissão: Pedreiro  
Estado Civil:União Estável  
Nome da Mãe: Alzimira Firmino Demetrio

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 012.252.672-42

RG - Carteira de Identidade: 3288188

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA N.S. APARECIDA Nº: 314

Bairro: EQUATORIAL

Telefone: (95) 99114-2662 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 237.567.132-53	Placa NAO4720
Renavam 00814392172	Número do Motor JC30E94000265
Número do Chassi 9C2JD20204R000265	Ano/Modelo Fabricação 2004/2003
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR125 BROS ES
Modelo HONDA/NXR125 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003456/2020

Última Atualização Denatran 21/10/2010

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Jefferson Firmino Demetrio

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

QUE NO DIA 25/12/2019, POR VOLTA DAS 18H20MIN ESTAVA CONDUZINDO A MOTO PLACA NAO4720 PELA AVENIDA ESTRELA DALVA QUANDO FOI FECHADO POR OUTRO VEÍCULO; QUE AO DESVIAR COLIDIU COM UM TRICICLO; QUE DEVIDO A COLISÃO FRATUROU O BRAÇO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE SE EVADIU DO LOCAL, NÃO SABENDO INFORMAR QUEM SEJA; QUE NÃO TEM DADOS DO VEÍCULO QUE CAUSOU O SINISTRO; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA NINGUÉM; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DE DPVAT É O RELATO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Polícia

Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Jefferson Firmino Demetrio

(Vitima / 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."

# 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 - CPE da vítima:  012252672425 4 - Nome completo da vítima:  JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

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

5 - Nome completo:	<input type="text"/> JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO		6 - CPF:	<input type="text"/> 012252672425
7 - Profissão:	8 - Endereço:	<input type="text"/> R. NOSSA SRA. APARECIDA	9 - Número:	<input type="text"/> 314
11 - Bairro:	12 - Cidade:	<input type="text"/> BOA VISTA	13 - Estado:	<input type="text"/> RR
15 - E-mail:	<input type="text"/> JUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM		14 - CEP:	<input type="text"/> 69317342
16 - Tel. (DDA): <input type="text"/> 95991168367				

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:	<input type="text"/>	18 - CPF do Representante Legal:	<input type="text"/>	19 - Profissão do Representante Legal:	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------------------	----------------------	--	----------------------

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (nº CIVL)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		Falecidos:		<input type="checkbox"/> 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)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
	40 - Local e Data, _____	Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

*BOA VISTA, 11/05/2020.  
Jefferson Firmino*

*Demétrio  
Almeida*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

---

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200180133

Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

Data do Acidente: 25/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 00000250-X

Conta: 000010104351-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

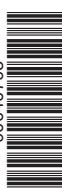
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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, 19 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200180133**

**Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO**

**Data do Acidente: 25/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO**

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

<b>Declaração Circular SUSEP 445/12</b>	Apresentar o formulário "Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro", pois o entregue está incompleto/incorrecto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
---	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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, 19 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200180133**

**Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO**

**Data do Acidente: 25/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES**

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

**Senhor(a), JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO**

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



# 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: 29/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

BANCO: 001

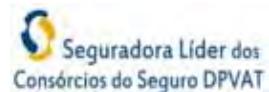
AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010104351-1

---

Nr. da Autenticação 356695A04CD4F3E3

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140643/20

**Vítima:** JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

**CPF:** 012.252.672-42

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/12/2019

JEFFERSON FIRMINO  
DEMETRIO

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

### JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO : 012.252.672-42

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/05/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

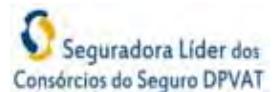
LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140643/20

Número do Sinistro: 3200180133

Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

CPF: 012.252.672-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2019

JEFFERSON FIRMINO  
DEMETRIO

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15**

Declaração Circular SUSEP 445/12

## 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: 20/05/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

---

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

---

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## **PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE:**

**Nome:** JEFFERSON FIRMINO DEMÉTRIO

Identidade: 3288188 SSP/RR CPF: 012.252.672-42

**Naturalidade:** BOA VISTA/RR    **Nacionalidade:** BRASILEIRO

**Estado Civil: SOLTEIRO**    **Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO**

**Endereço:** RUA: NOSSA SENHORA APARECIDA, 314 – EQUATORIAL / CEP: 69317-342

**OUTORGADO:**

**Nome:** LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA

**Profissão:** FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

**Endereço:** RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA S/Nº VA. 359 - CARANÁ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.



Boa Vista-RR, 02 de Janeiro de 2020..

## Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



25/12/2019



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

1ª Classificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.:

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.:

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.:

1901201845 25/12/2019 18:46:01

DIURNO 07-19 44

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente	JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO	Data Nascimento	10/10/1989	Idade	30 A 2 M 15 D	CNS	898000750734797	CPF	01225267242	Prontuário	00046800
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	M	Estado Civil	SOLTEIRO(A)SEM	Raça/Cor	Naturalidade	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
REGISTRO N	3288188			Pai	NI		INFORMAÇÃO		Contato	(95) 99134-8747	
Mãe	ALZIMIRA FIRMINO DEMETRIO								Ocupação	NÃO INFORMADA	
Endereço	NOSSA SENHORA APARECIDA, 314 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR										

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autoração	Obs. Prendas						
<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>											
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão					
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		Procedimento Sol.								
Setor	Tipo de Chegada										
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA										
Queixa Principal	<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 - 18:46 h)

Acidente de moto.  
Enc. do PACS

## Exame Físico

## Hipótese Diagnóstica

Fx 39 9° S° NC (D)

## SADT - Exames Complementares

RAIO-X     ULTRA-SON     TC     SANGUE     URINA     ECG     OUTROS:

## PRESCRIÇÃO

## APRAZAMENTO

## OBSERVAÇÃO

## Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revelia
- Transferência para:

 Ambulatório Observação (Até 24h) Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

## Óbito

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família IML Anatomia Patológica / / : :(Av. Eng. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620)

## Assinatura do Paciente ou Responsável

## AUTENTICAÇÃO

## Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eliene  
Data Hora: 25/12/2019 18:46:47

*[Signature]*  
Certifico e sou Fé que a presente  
côpia é a Real Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

Dra. Amanda Pinatto  
Médica  
CRM-RR 2153



1901201845

Ortopedia

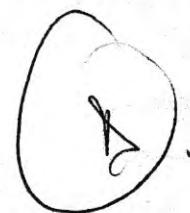
Tensão contínua nítida

contínua nítida



XX 3°, 4° e 5°

MTC



CD: I molar superior

Sentimento de

Alta -

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

JERFESSON FIRMINO

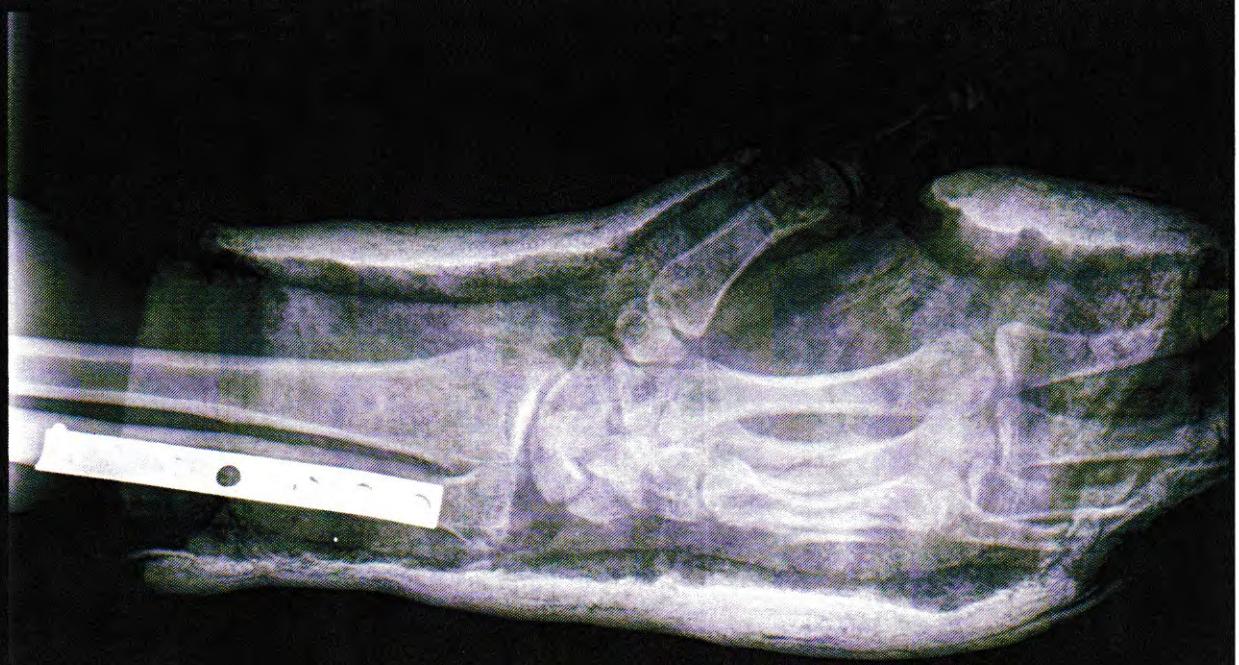
HOSPITAL CORONEL MOTA

995

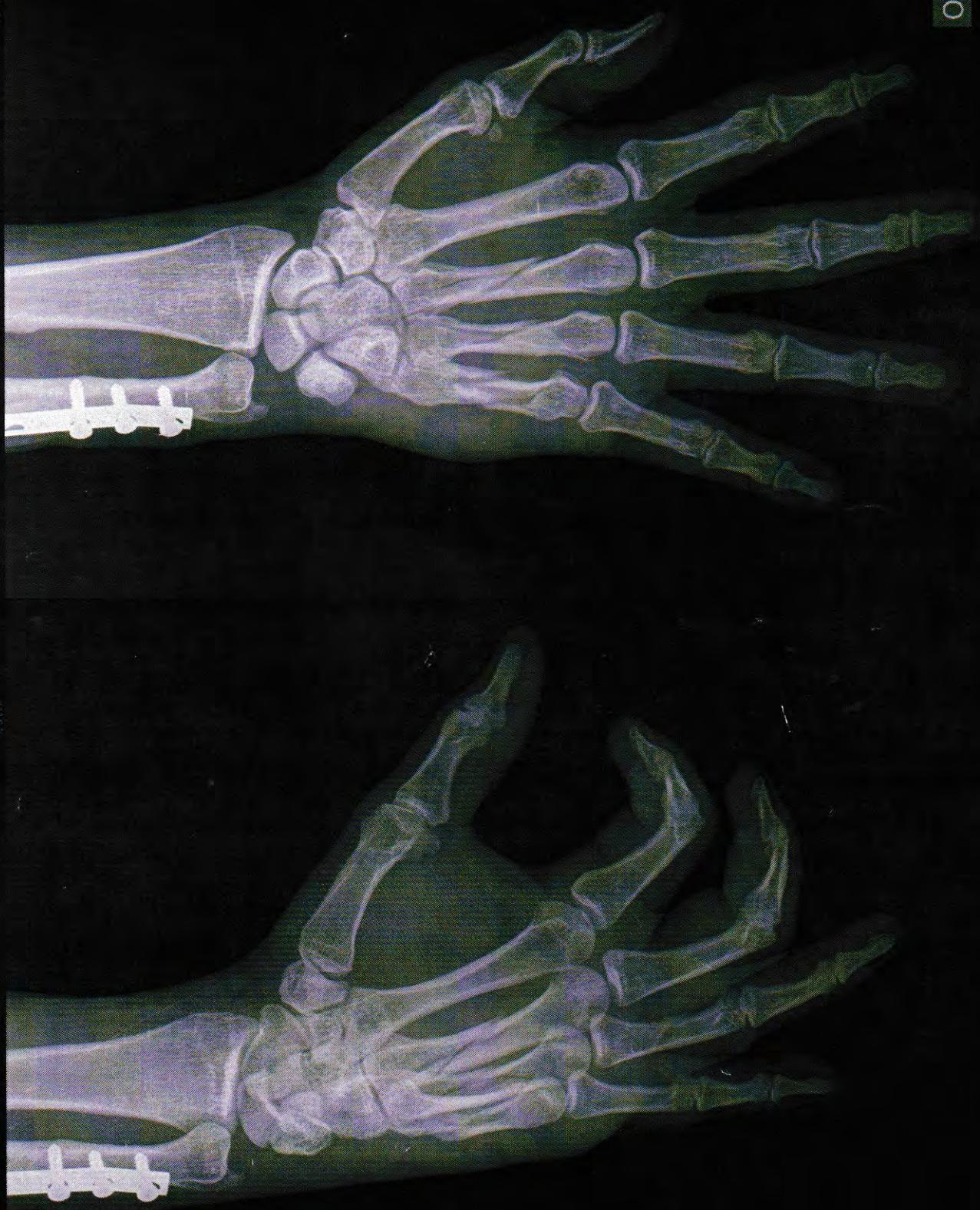
29/01/2020

Marcos

60.7 %



DIREITO



JEFFERSON FIRMINI DEMETRIO  
30 ano(s) 10-10-1989

25-12-2019 15:24:10

POLICLINICA COSME E SILVA

JERFESSON FIRMINO

HOSPITAL CORONEL MOTA

995

29/01/2020

Marcos

60.7 %



D





GOVERNO DO AMAZONAS  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
COORDENAÇÃO GERAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETAaria DO ESTADO DA SERRA

NOME:

Endo Médio

RECEITUAR

O paciente, Jefferson Firmino Desoutro, cidadão  
de Acará de moto 25/11/2019 com traumi-  
lito em mão (D) e fratura 3 + 5 dedo  
sem tratamento com 5 mês.

Após considerar o protocolo teve  
alto depois de 4 mês de cedado 129/04/2020  
não sente dor de dor local e diminuição dos  
movimentos.

O paciente apresenta bloco III, IV, e V metacarp (D)  
crepitação e dor ao movimento. Pode haver entorse  
diminuição de flexão total dos dedos.  
H.D. Sgundo da Fratura III, IV e V Metacarp. mod (D)  
com paciente impossibilitado ao uso intenso da ponteira  
deslocamento total dos dedos e diminuição da prensão.  
Data 04/05/2020 ato delet scindus metacarp mod (D)

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Mota, 600 - Centro - Cuiabá - MT  
CNPJ 00.100.100/0001-00

Carlos Edimilson C. Oliveira  
Ortopedista / Ortopedista  
Assistente de Cirurgia



GOVERNO DO AMAZONAS  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
COORDENAÇÃO GERAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETAaria DO ESTADO DA SERRA

NOME:

Endo Médio

RECEITUAR

O paciente, Jefferson Firmino Desoutro, cidadão  
de Acará de moto 25/11/2019 com traumi-  
lito em mão (D) e fratura 3 + 5 dedo  
sem tratamento com 5 mês.

Após considerar o protocolo teve  
alto depois de 4 mês de cedo (12/04/2020)  
que não queria deixa de lado e demora os  
moinhos.

O paciente apresenta bloco III, IV e V metacarpal (D)  
com luxação da articulação: Poco entorpecido  
demora de 1 hora total da dor  
H.P.: Squeeze do dedo III, IV e V metacarpal (D)  
com paciente impossibilitado de perceber dor  
deslocamento total dos dedos e diminuição de prensão  
DATA: 04/05/2020 ato de fármaco malo (D)

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Mota, 600 - Centro - Rio Branco - Acre

Carlos Edimilson C. Oliveira  
Ortopedista / Ortopedista  
Avançada de Cirurgia

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200180133 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO Data do acidente: 25/12/2019 Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

Data da análise: 25/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METACARPOS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: @ PÁG 7, RELATÓRIO MÉDICO DE 04/05/2020

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



