

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:
2771171120200708174656

Processo 0816231-28.2020.8.23.0010 - (13 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 10504 - Acidente de Trânsito

Nível de Sigilo: Público

| Informações Gerais | Informações Adicionais | Partes | Movimentações | Apenasamentos (0) | Vínculos (0) | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|--|---|-------------------|--------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------|-------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------|---------|
| Realces | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realçar Movimentos <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 Ocultar <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Filtros | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Movimentado Por: <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 Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 500 por pág. 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seq. | Data | Evento | Movimentado Por | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 9 | 08/07/2020 17:46:56 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">9.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 30%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 10%; text-align: center;"> 2732607CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 30%; text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>9.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: center;"> 2732607CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: center;"> KITSEGURADORALIDER.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> </table> | | | | | | 9.1 Arquivo: Petição | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | 2732607CONTESTACAO01.pdf | Público | 9.2 Arquivo: DOCS | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | 2732607CONTESTACAOAnexo02.pdf | Público | 9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | KITSEGURADORALIDER.pdf | Público |
| 9.1 Arquivo: Petição | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | 2732607CONTESTACAO01.pdf | Público | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.2 Arquivo: DOCS | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | 2732607CONTESTACAOAnexo02.pdf | Público | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | KITSEGURADORALIDER.pdf | Público | | | | | | | | | | | | | | |
| LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de EDILSON PEREIRA SILVA) em 02/07/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (25/06/2020) e ao evento de expedição seq. 7. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de EDILSON PEREIRA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (25/06/2020) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 8 | 02/07/2020 21:31:06 | LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA Advogada | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 7 | 30/06/2020 12:00:47 | Isadora Sampaio Mendonça Analista Judiciária | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 6 | 25/06/2020 09:29:34 | Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 5 | 24/06/2020 18:02:27 | SISTEMA CNJ | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 4 | 24/06/2020 18:02:27 | SISTEMA CNJ | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3 | 24/06/2020 18:02:27 | SISTEMA CNJ | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2 | 24/06/2020 18:02:27 | SISTEMA CNJ | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | 24/06/2020 18:02:26 | LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA Advogada | | | | | | | | | | | | | | | |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

PROCESSO: 08162312820208230010

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **17/09/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 26/09/2017.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

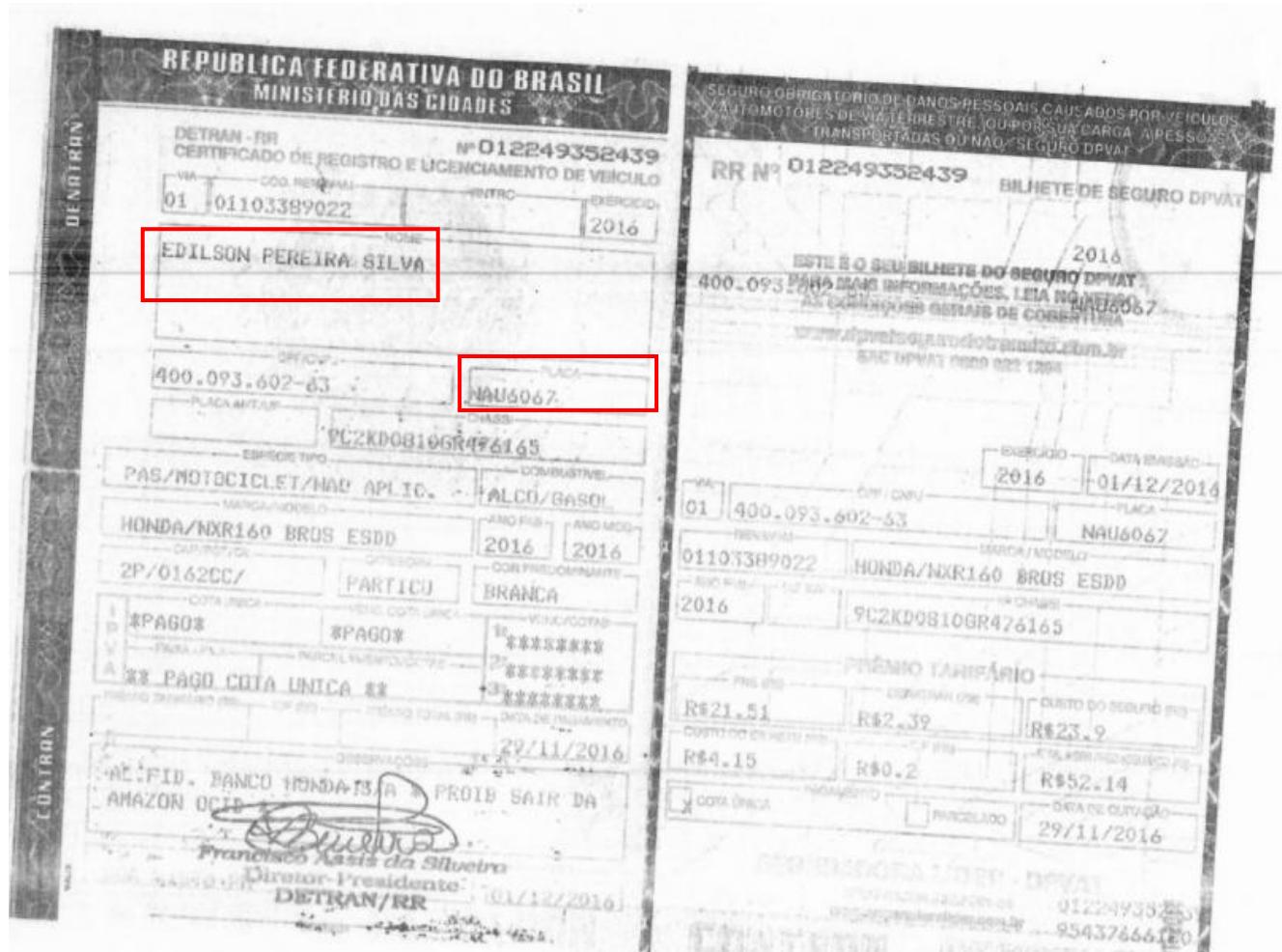
²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

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

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT, conforme demonstrado abaixo:



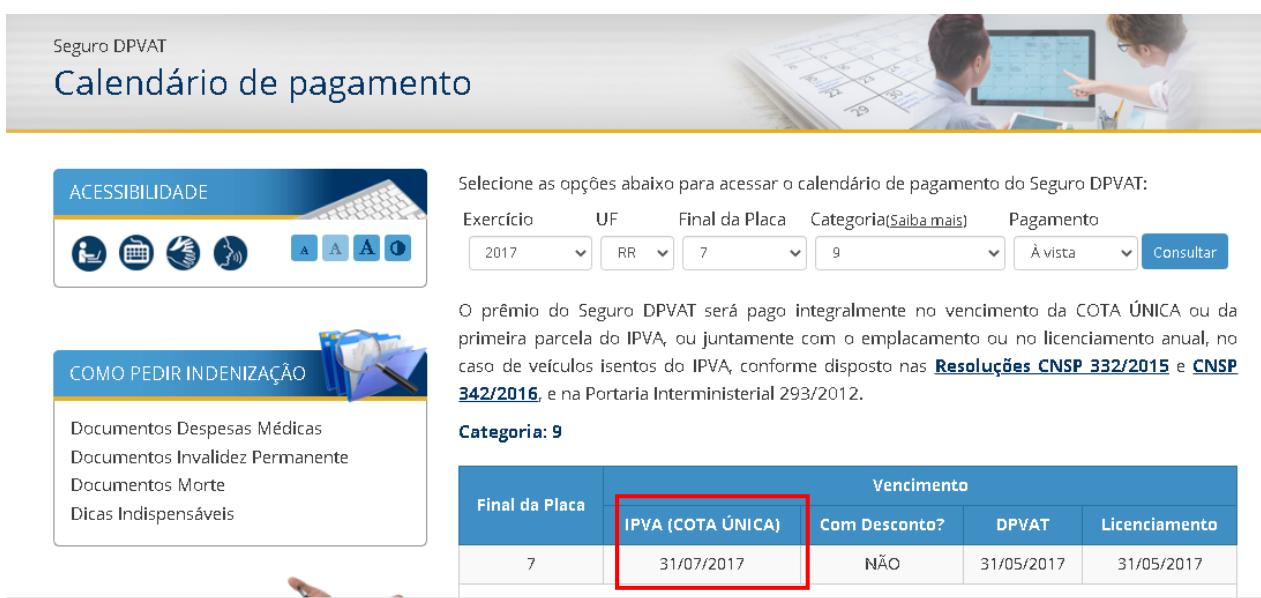
Seguro DPVAT

Consulta a Pagamentos Efetuados



| Sua busca por placa: NAU6067 UF: RR CATEGORIA: 09* | | | |
|--|------------|------------|--------------------------|
| Exercício | Valor Pago | Situação | Declaração de Pagamento |
| 2018 | R\$185,50 | Quitado | Download |
| 2017 | R\$185,50 | Quitado | Download |
| Data Pagamento | | Valor Pago | |
| 27/12/2017 | | R\$185,50 | |
| [+] | 2016 | R\$52,14 | Quitado |
| <small>(*) Motocicleta</small> | | | Download |





ACESSIBILIDADE

Selezione as opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

| | | | | |
|-----------|----|----------------|-----------------------|-----------|
| Exercício | UF | Final da Placa | Categoria(Saiba mais) | Pagamento |
| 2017 | RR | 7 | 9 | À vista |

O prêmio do Seguro DPVAT será pago integralmente no vencimento da COTA ÚNICA ou da primeira parcela do IPVA, ou juntamente com o emplacamento ou no licenciamento anual, no caso de veículos isentos do IPVA, conforme disposto nas [Resoluções CNSP 332/2015](#) e [CNSP 342/2016](#), e na Portaria Interministerial 293/2012.

Categoria: 9

| Final da Placa | Vencimento | | |
|----------------|-------------------|---------------|------------|
| | IPVA (COTA ÚNICA) | Com Desconto? | DPVAT |
| 7 | 31/07/2017 | NÃO | 31/05/2017 |
| | | | 31/05/2017 |

Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

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

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

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

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

| RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP | SÚMULA 257, STJ |
|--|---|
| Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente. | Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente. |

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vitimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

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

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

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

⁴ 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.

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

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 a parte Autora, 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.

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 pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

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

⁶"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 obrigatorio DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentado pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatorio DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor."(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

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

⁸art. 1º. (...)
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da 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 demais 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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme 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 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, 7 de julho 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 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 GRAADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **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 **EDILSON PEREIRA SILVA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08162312820208230010.

Rio de Janeiro, 7 de julho 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

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



| | | | | | | | | |
|--|--|------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------|------------------|--------------------------|
| 1700838589 | | 17/09/2017 18:05:45 | FICHA DE ATENDIMENTO | | TRAUMATOLOGIA | | DIURNO 07-19 | 39 |
| Paciente | | | Data Nascimento | Idade | CNS | CPF | Prontuário | |
| EDILSON PEREIRA SILVA | | | 22/06/1962 | 55 A 2 M 25 D | 700109872905790 | 40009360263 | | |
| Tipo Doc | Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo | Estado Civil | Raça/Cor | Naturalidade | |
| IDENTIDAD | 146584 | SSP RR | | M | UNIAO | PARDA | JOAO LISBOA - MA | |
| Mãe | | | | Pai | ESTAVEL | | Endereço | |
| MARIA DAS DORES PEREIRA SILVA | | | | JOAO PEREIRA SILVA | | | (95) 99115-3520 | |
| Endereço | | | | | | | Ocupação | |
| RUA - FRANCISCO ANACLETO DA SILVA - 400 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR | | | | | | | PROFESSOR | |
| Class. de Risco | Plano Convênio | | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal | | |
| | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | | | | | | |
| Motivo do Atendimento | Caráter do Atendimento | Profissional do Atend. | | Procedência | Temp. | Peso | Pressão | |
| ACIDENTE DE MOTO | URGÊNCIA | | | Procedimento Sol. | | | | Registrado por: |
| Selar | Tipo da Chegada | | | | | | | KAROLINE OLIVEIRA |
| GRANDE TRAUMA | SAMU CAPITAL | | | | | | | |
| Quicixa Principal | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | | | | | GSC | TOTAL | | |
| | | | | | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h) Paciente relata acidente de Moto x animal, ocosionando queda. Paciente apresenta febre (38,5°C) em ATD e ASD. Encontra-se em dor no membro. | | | | | | | | |
| Exame Físico: BCO, Verte, suspeito, escr. + Art/Arco / Abd. / Pneu.: n/durante; | | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica: Frx de fibula () | | | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: | | | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO 1. Dipirona 500 mg () 2 x dia 2. Gimecina 500 mg () 1x dia | | | | | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO | | |
| | | | | | | | | |
| Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input checked="" type="checkbox"/> Alta a Reversa <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <u>outro pac</u> | | | | | | | | |
| Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMT. Anatomia Patológica | | | | | | | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável | | | | | Carimbo e Assinatura do Médico | | | |
| Impresso por: karoline.oliveira Data Hora: 17/09/2017 18:05:48 | | | | | | | | |



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Tânia Helena Fracassi de melo, portador(a) do RG nº 188049, expedido por SSP / RO, em 09/07/92, CPF/CNPJ nº 421.026.772-49, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Edilson P. Silva do sinistro de DPVAT da natureza Imobilidade da vítima Edilson Pereira Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Reunião Renda Mensal: R\$ Ricardo

Documentos comprobatórios: Reunião ÁREA DE
COMPROBACAO

Tânia H. Fracassi de melo 28 NOV 2017
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

0040085-8

000080625

Comprovante de pagamento

-0016-

SETENBRO/2017 06/10/2017 602 410,38

EDILSON PEREIRA SILVA
R. FRANCISCO A SILVA 400 DR. SILVIO LEITE
CPF: 00040009360263
CEP: 69.314-298 - BOA VISTA ROT: 11.001.19.06.176900

| | |
|-------|------------|
| 23495 | 18/09/2017 |
| 22893 | 18/08/2017 |
| 1.000 | 18/10/2017 |
| 602 | 18/09/2017 |
| 602 | 18/09/2017 |

NORMAL 31

RESIDENCIAL SI 2800219 N 1420925 1.1.1.2 364

| | |
|------------|--------------------------------------|
| AGO/17 374 | CONSUMO 602 A R\$ 0,417389 = 251,26 |
| JUL/17 270 | RELIGACAO DE URGENCIA 55,13 |
| JUN/17 350 | CORRECÇÃO MONETARIA DA IL. PUBL 0,07 |
| MAT/17 295 | DIFERENCA DE TARIFA 08/16-00 66,63 |
| ABR/17 247 | CORRECÇÃO MONETARIA IG 08/16-00 1,31 |
| MAR/17 262 | MULTA POR ATRASO DE IL. PUBLIC 2,67 |
| FEV/17 294 | JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL 0,70 |
| JAN/17 329 | MULTA POR ATRASO (3X) 9,77 |
| DEZ/16 438 | JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 8,31 |
| NOV/16 438 | ILUMINACAO PUBLICA 14,53 |

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 602 - 0,31298

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspenção do fornecimento de energia elétrica e partida de 01/10/2017. O não pagamento por débito inscrito também é incluído no nome do consumidor na cédula. Caso venha a haver a suspensão, ficarão desconsiderados estes bônus.

CASO FAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODE SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. / IBGE Censo Agropecuário 2017: RECEBA BEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA! LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

ÁREA DE GESTÃO DE CONSUMO
CORPO DE CONTROLE DE ATENDIMENTO

1A78.C550.215C.C3E2.A2AF.975F.0538.4544

| | |
|--------|--------|
| 86,16 | 251,26 |
| 114,66 | 17,60% |
| 0,00 | 42,71 |
| 2,23 | 0,96 |
| 48,21 | 4,54 |

08 NOV 2017

RECRA S/A

RECRA S/A

5,55 11,10 22,21 3,67 7,35 14,70 3,20
0,30 1,00 0,30

FLORESTA 07/2017 38,63

ROT: 11.001.19.06.176900

0040085-8 410,38

09/2017 06/10/2017

000080625 FCAM

8367000004 2 10380075000 4 0000000040 6 08580917008 8



Tania Helena
(as) 99.39-8405
3224-6519



CEP 69305-270



CDO BOA VISTA RR
TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
ANTONIO AUGUSTO MARTINS 347
SAO FRANCISCO
69305 270 - BOA VISTA RR

00108623

Data de Postagem: 27/03/2017 Data de Vencimento: 03/04/2017



7213419170200E300000000862330270317

ÁREA DE CUSTÓDIA
CENTRUS/PA - 0001

28 NOV 2017

ECRAS/A
Vista-RR

FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: Equipe: Socorristas de Rua
 Paciente: Edilson Pereira Sávio
 Endereço: AV. ATENDE TEVE B - Cambé
 N° 15035 DATA: 17/02/83 HORA: 17:47
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dni Alves
 17:50

NOTA: SOCORRO TRANSPORTE ATENDIDO NO LOCAL OUTRO _____

Comprovante de atendimento
000001

| | | |
|---|--|--|
| AUTOMÓVEL | MOTO: <i>x</i> <i>ed</i> | VIOLENCIA |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____ | <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____ | <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Esparrancamento _____ <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| BICICLETA | <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____ | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Vias Aéreas | Ventilação | Circulação | Aval. Neurológica |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Oclusiva <input type="checkbox"/> Apráxia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>E</i> | <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído _____ <input type="checkbox"/> M.V. Ausente _____ <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Maciez _____ <input type="checkbox"/> Fenda Aspirativa _____ <i>NEXON caree</i> | <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima da 2 ^a <input type="checkbox"/> Ausente <i>S/A</i> | <input type="checkbox"/> PVDN <input type="checkbox"/> Moça <input type="checkbox"/> Mediase <input type="checkbox"/> Anisocoria _____ <input type="checkbox"/> Otorreia _____ <input type="checkbox"/> Otorragia _____ <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> ONV <i>(A)</i> |

| Nora | P.A mmHg | F.C bpm | F.R Mpm | Sat O ₂ % | T. Aux °C | Glicemia | Trauma | APGAR |
|--------|---------------|---------------|-----------|----------------------|------------|----------|--------|-------|
| Inicio | <i>>45</i> | <i>>30</i> | <i>74</i> | <i>18</i> | <i>98/</i> | | | |
| Fim | | | | | | | | |

| Pele | Cabeça | Face | Pescoço | Tórax | Abdome |
|--|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coarada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica | <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Ferimento ocular | <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo | <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Reap. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Reap. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade | <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor | | | <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <i>MCRC contusão fe</i> | |

| Pele | Coluna/Vergas | Membros | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade | <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor | <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <i>na xadrez</i> <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Luxações | <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <i>MCRC contusão fe</i> | | |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ritmo Srusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar | <input type="checkbox"/> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia | <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológicas <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiolongular <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediatraca <input type="checkbox"/> Outra | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso | <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros <i>NE</i> |

| | | | |
|---|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA | <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE | <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA | <input type="checkbox"/> OUTRO |
|---|--|--|--------------------------------|

| | | |
|--|--|---|
| Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino) | | MULTIPLOS MEIOS ALCIONADOS |
| <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local: | | <input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Corpo de Bombeiros <input type="checkbox"/> Outros: |

| | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> Término as: _____ | DADOS PESSOAIS DA VITIMA |
| <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.. | |

DETALHOS

- Atendido no local
- Trauma HGR
- Pronto Atendimento
- Coronel Mota

- Cosme e Silva
- HCSA
- Maternidade
- Outros

DETENÇÃO
DO
PACIENTE

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

TERMO
DE
RECUSAS

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

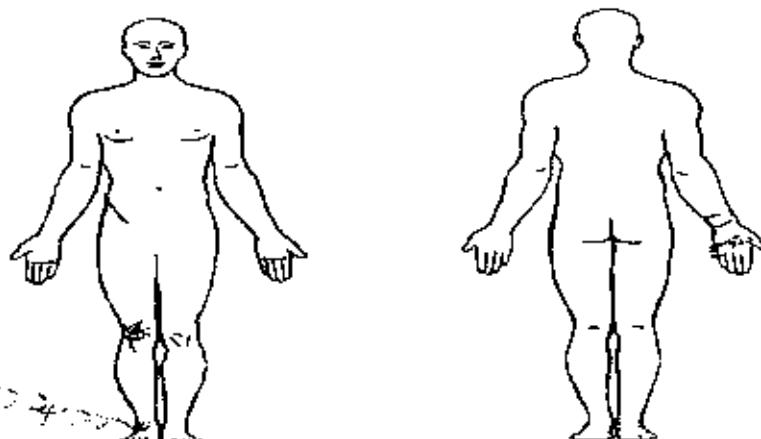
Assinatura do Paciente:

RG:

Vítima mas 54g, Gênero masculino, encontrada ao lado em D.O. SI capac. lot. com SSNC preservado, apresentando contusão dorsal de fé d+3m, estremecendo em missa e encaminhada ao GT RM 192 ciente SIA no Recurso.

| ESCALA DE COMA DE GLASGOW | | | ESCORE DO TRAUMA | | |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---------|---------------------------------------|
| | Adulto | Menores de 5 anos | Escala | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Abre espontaneamente | Abre espontaneamente | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 10 - 24 | 4 <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Com estímulos auditivos | Com estímulos auditivos | 3 <input type="checkbox"/> | 25 - 35 | 3 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Com estímulos dolorosos | Com estímulos dolorosos | 2 <input type="checkbox"/> | ≥ 36 | 2 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Não abre os olhos | Não abre os olhos | 1 <input type="checkbox"/> | 01 - 09 | 1 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Orientado | Barbulia | 5 <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | 0 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Confuso | Choro intenso | 4 <input type="checkbox"/> | > 80 | 4 <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Palavras inapropriadas | Choro e dor | 3 <input type="checkbox"/> | 70 - 89 | 3 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sons ou gemidos | Gemido e dor | 2 <input type="checkbox"/> | 50 - 69 | 2 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Nenhuma | Nenhuma | 1 <input type="checkbox"/> | 01 - 49 | 1 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Obedece solicitações | Movimentos espontâneos | 6 <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | 0 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Localiza a dor | Retraço ao toque | 5 <input type="checkbox"/> | 14 a 15 | 5 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Flexão normal | Retraço a dor | 4 <input type="checkbox"/> | 11 a 13 | 4 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Flexão anormal | Flexão normal | 3 <input type="checkbox"/> | 8 a 10 | 3 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Extensão a dor | Flexão anormal | 2 <input type="checkbox"/> | 5 a 7 | 2 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Nenhuma | Nenhuma | 1 <input type="checkbox"/> | 3 a 4 | 1 <input type="checkbox"/> |
| ESCALA DE GLASGOW | | | ESCORE DO TRAUMA | | |
| | | | | 15 | 13 |

Seguir
C.R.
C.C.



GESTANTE

IG p/ se nare:

Movimentos fetais:

Perda de fluido:

BCF:

[] Com cartão [] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Edilson Pereira Silva, portador da carteira de identidade nº 146584 e inscrito no CPF/MF sob o nº 400.093.602-63, residente e domiciliado na R: Francisco A. Silveira, Cidade Bon Vista, Estado Roraima, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Edilson Pereira Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

18 NOV 2017

REC. SIA

Bon Vista, 23/11/17

Local e data



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regulizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

| | | |
|---------------------------|----------------|-------------------------|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima | Nome completo da vítima |
| | 400.093.602-63 | Edilson Pereira Silva |

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|-----------------------|----------------------|-------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| Edilson Pereira Silva | 400.093.602-63 | Professor |
| Endereço | Número | Complemento |
| R. Francisco A. Silva | 500 | |
| Bairro | Cidade | CEP |
| Dr. Júlio Leite | Boa Vista | 69.314-298 |
| Email | Telefone (DDD) | |
| | (95) 091-25-3527 | |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) | | | |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | |
| AGÊNCIA Nº | conta nº | AGÊNCIA Nº | conta nº |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |

| | | | |
|--|-------------|------------------------------|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | | |
| BANCO Nome | Nº | Nº | |
| Banco do Brasil | | | |
| AGÊNCIA Nº | conta nº | AGÊNCIA Nº | conta nº |
| 50.76 | 8 | 54.349 | 7 |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 23 de novembro de 2017

Local e Data

Edilson Pereira Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **EDILSON PEREIRA SILVA**

Nº Sinistro: **3170639396**
Vitima: **EDILSON PEREIRA SILVA**
Data do Acidente: **17/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170639396**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Edilson Pereira Silva
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Professor
Identidade: 14 6584 CPF: 400.093.602-63
Endereço: R. Francisco A. Silva Bairro: Dr. Silvio Lobo
Cidade: Boa Vista CEP: 69.314-298

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Tânia Helena Fracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Autônoma
Identidade: 4890 49 CPF: 421.026.372-49
Endereço: R. Antônio Augusto Martins Bairro: Jd. Francisco
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Boa Vista, 03 de novembro de 2017.

Edilson Pereira Silva

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

RECONHECIMENTO NO VERSO

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

 DANIEL
AQUINO

Redeconhecido por Vendadaria a(s) firma(s)

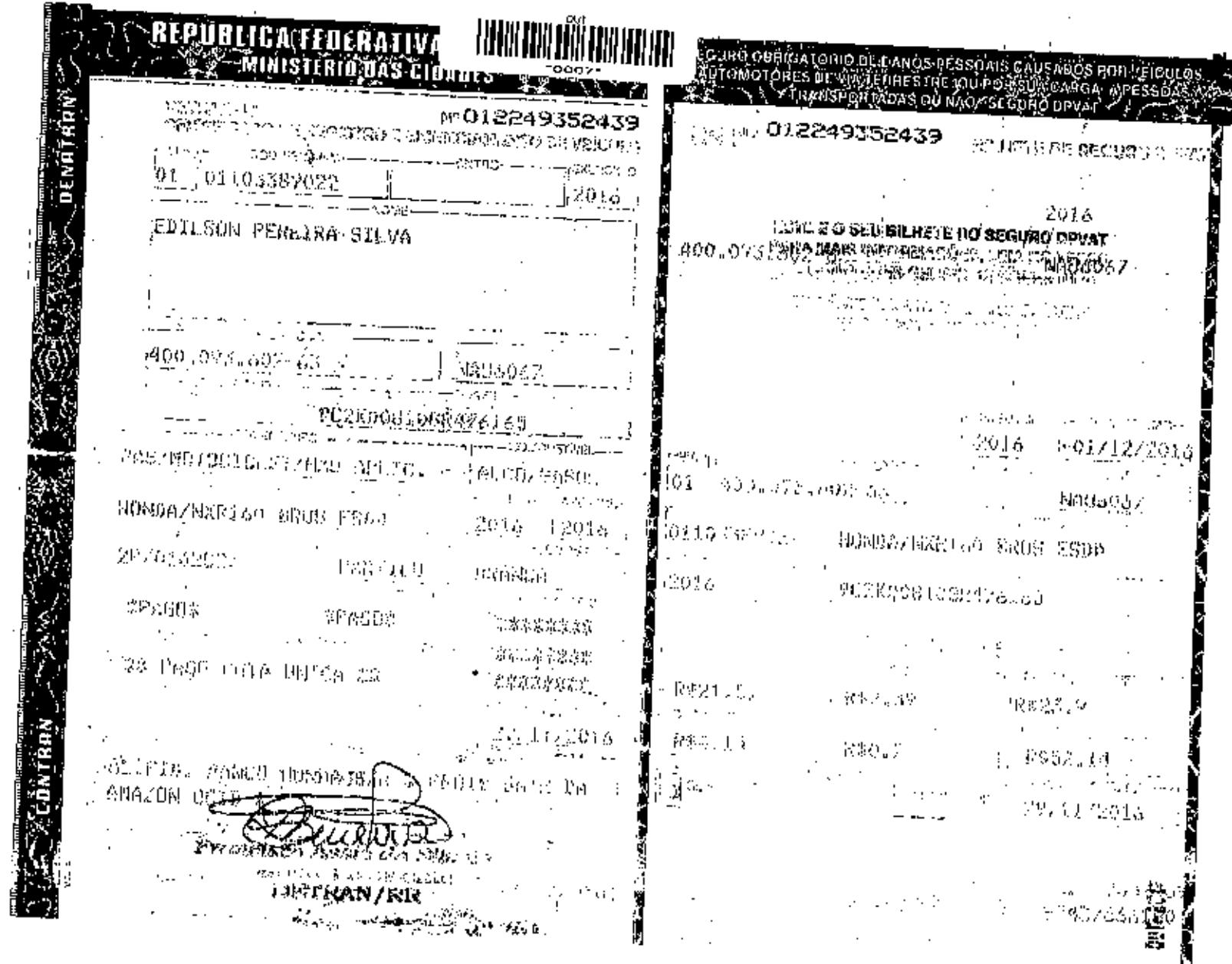
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabellão e Registrador
Av. Arlindo Teixeira, 4707 - A26 - Boa Vista
Fone: (65) 3227-5159

(www.daniel-aquino.com.br) - EDILSONS FERREIRA SILVA

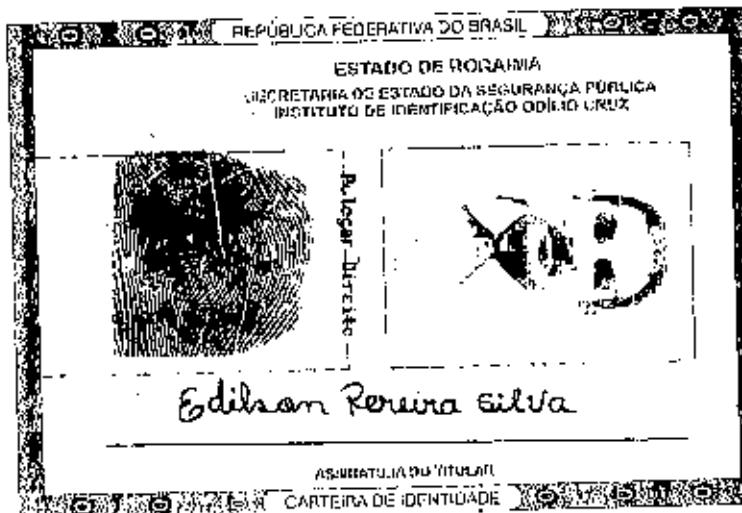
Do que dou fé, Boa Vista, 08 de Novembro de 2017

- Daniel Antonio de Aquino Neto - Tabellão
Camila Retz - Escrevente Autorizada. MBN
Em testemunho A. A. da verdade.
Emolumentos. R\$ 2,35 - Fundos/ISB R\$ 0,00 - total R\$ 2,35


Daniel Aquino
Tabellão e Registrador



Jamia Helma
(a5) 99.39 - 8405
3224. 6379



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº DOCUMENTO: 146684 DATA DE EMISSÃO: 29/07/2016

NOME: EDILSON PEREIRA SILVA

MÍDIA:

JOÃO PEREIRA SILVA

MARIA DAS DORES PEREIRA SILVA

NATURALIDADE: BURITIRANA - MA DATA DE NASCIMENTO: 22/06/1961

CIVIL: SOLteiro

CERTO CAS 7000 FLS 65 LIV B-13

1 OF JOÃO LISBOA - MA

2 VIA

400.093.602-63 AMARILLO ROCHA TRIANT

LICENÇA 7.116 DE 29/06/03

18 NOV 2016

