

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: 2818665420200824083138

Processo 0819688-68.2020.8.23.0010 ☆ - (18 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 10435 - Acidente de Trânsito

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)	
<p>Realces</p> <p>Realçar Movimentos de: <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</p> <p>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</p>						
<p>Filtros</p> <p>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</p> <p>Sequencial(Intervalo): _____ ao _____ Data do Movimento(Período): _____ à _____</p> <p>Descrição: _____</p>						
12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12					500 por pág.	1
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por			
<input type="checkbox"/>	12	24/08/2020 08:31:38	<p>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</p> <p>Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A</p>			
			<p>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador</p>			
			12.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2743454CONTESTACAO01.pdf	Público
			12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2743454CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
			12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
			<p>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</p> <p>(Pelo advogado/curador/defensor de SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO) em 24/08/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (05/08/2020) e ao evento de expedição seq. 7.</p>			
			<p>SISTEMA CNJ</p>			
<input type="checkbox"/>	10	20/08/2020 10:50:02	<p>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</p>			
			<p>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador</p>			
			<p>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA</p> <p>Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 13/08/2020 referente ao evento de expedição seq. 8.</p>			
			<p>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador</p>			
<input type="checkbox"/>	8	13/08/2020 11:08:06	<p>EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE</p> <p>Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis</p>			
			<p>VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário</p>			
			<p>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</p> <p>Para advogados/curador/defensor de SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (05/08/2020)</p>			
			<p>VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário</p>			
<input type="checkbox"/>	6	05/08/2020 18:38:19	<p>CONCEDIDO O PEDIDO</p>			
			<p>JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado</p>			
			<p>SISTEMA CNJ</p>			
			<p>SISTEMA CNJ</p>			
			<p>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</p> <p>Registro de Distribuição</p>			
			<p>SISTEMA CNJ</p>			
			<p>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</p> <p>4ª Vara Cível</p>			
			<p>SISTEMA CNJ</p>			
<input type="checkbox"/>	1	05/08/2020 11:31:57	<p>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</p>			
			<p>Johon Emerson de Souza Camilo Advogado</p>			



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

Processo: 08196886820208230010

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 **SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **11/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **31/05/2019**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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 VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 31/05/2019 após 5 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 11/12/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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;

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

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

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

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

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

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)

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

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:

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.

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 citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca da forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

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

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

⁵Súmula 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.”

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

⁷ art.

1º

(...)

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

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, 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 honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 21 de agosto de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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 graduação (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 GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08196886820208230010.

Rio de Janeiro, 21 de agosto de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190450717

Vítima: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190450717

Vítima: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

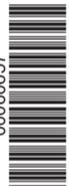
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **618.382.332-53** Nome completo da vítima: **Sirley da Silva Nascimento Franco**

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

Nome completo: **Sirley da Silva Nascimento Franco** CPF: **618.382.332-53**

Profissão: **Vendedora** Endereço: **Rua: CC-14** Número: **426** Complemento: **CASA**

Bairro: **Ipaura Moreira** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.318-065**

E-mail: **ILOFRRR@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **(05)98403-5060**

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

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **5076** **8** CONTA: **13557** **7** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Boa Vista-RR**

Nome: **Sirley da Silva Nascimento Franco**

CPF: **618.382.332-53**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

Sirley da Silva N. Franco (* Assinatura de quem assina A ROGO)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 117/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 31/05/2019.

COMUNICANTE: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO
RG: 168176 SSP/RR CPF: 618.382.332-53
ENDEREÇO: RUA CC 14 , Nº 426, BAIRRO: LAURA MOREIRA
CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RORAIMA
SEXO: FEMININO PROFISSÃO: DO LAR
DATA DE NASCIMENTO: 03/11/1978
IDADE: 40 ANOS GRAU DE INST: ENS. MÉD. COMP.
ESTADO CIVIL: CASADA TELEFONE: 99137-0610 Nº REG. CNH: 04093202699
NOME DO PAI: JOSÉ FERREIRA DO NASCIMENTO
NOME DA MÃE: FRANCISCA CARNEIRO DA SILVA NASCIMENTO

A comunicante acima qualificada compareceu nesta delegacia para informar que no dia 11/12/2018, por volta das 15h00min, se encontrava conduzindo a motocicleta Honda CG 150 Titan, de cor vermelha, placa NAY-6118, ano/modelo 2014/2015, chassi 9C2KC1650FR500614, Renavam 01017490454 de sua propriedade, que trafegava na rua Professor Diomedes sentido São Vicente quando no cruzamento com a avenida Terencio Lima um carro de cor cinza que era conduzido por uma mulher invadiu a preferencial ocasionado uma colisão. Que com a colisão, a comunicante veio ao solo. Que devido as lesões sofridas, a comunicante foi levada ao HGR por uma equipe do SAMU. Que no hospital foi constatado a fratura de um osso da mão direita e de dois dedos do pé esquerdo. Que o referido B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

João Paulo Dinelly Coelho
Agente de Polícia
Mat: 042000931

SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO
Comunicante

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúnciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista – Roraima – Brasil

26 JUL. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **618.382.332-53** Nome completo da vítima: **Sirley da Silva Nascimento Franco**

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

Nome completo: **Sirley da Silva Nascimento Franco** CPF: **618.382.332-53**

Profissão: **Vendedora** Endereço: **Rua: CC-14** Número: **426** Complemento: **CASA**

Bairro: **Paula Moreira** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.318-065**

E-mail: **ILWFRRE@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **(05)98403-5060**

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

RENDA MENSAL:

RECURSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **5076** **8** CONTA: **13557** **7** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Boa Vista-RR**

Nome: **Sirley da Silva Nascimento Franco**

CPF: **618.382.332-53**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sirley da Silva N. Franco

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

111218
VSP
1532



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.

1801045650 11/12/2018 15:33:04 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 28

Paciente: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO
 Data Nascimento: 03/11/1978 Idade: 40 A 1 M 8 D
 Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
 Mãe: FRANCISCA CARNEIRO DA SILVA Pai: NI Contato: (95) 99137-0610
 Endereço: RUA - CC 14 - 426 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
 Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
 Setor: GRANDE TRAUMA
 Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
 Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL
 Profissional do Atend.:
 Procedência: Procedimento Sol.
 Autorização: Registrado por: ANTONIA.SOARES

Queixa Principal: Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Escorção Smiles

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___ h)
Atus acidente moto

Exame Físico: *See, lab, ore, lca*

Hipótese Diagnóstica: *Acidente moto c/ Escorção Fratura mão*

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: 11/12/2018

óbito: Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IM Internação Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável _____ Carimbo _____ Assinatura do Médico _____

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 11/12/2018 15:33:40



26 JUL. 2019

Orthopedie Dr. Rogers

Puncta 4 de Hoam de vedere v. l. h
ch luma no pe (E) gas accedute de molo
S.I.C -

off dor + clif - la 4° e 5° P2P pe (E)

Radiograf: fractura pulvea P2P 4°, 5° pe (E)

ii) la 4°, 5° P2P (E)

iii) analize + medicament + Ketsorol

Dr. Odinachi Okemiti
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3451/RP

26 JUL. 2019



E



SIRLEY DE S NASCIMENTO

1303

HOSPITAL CORONEL MOTA

07/02/2019

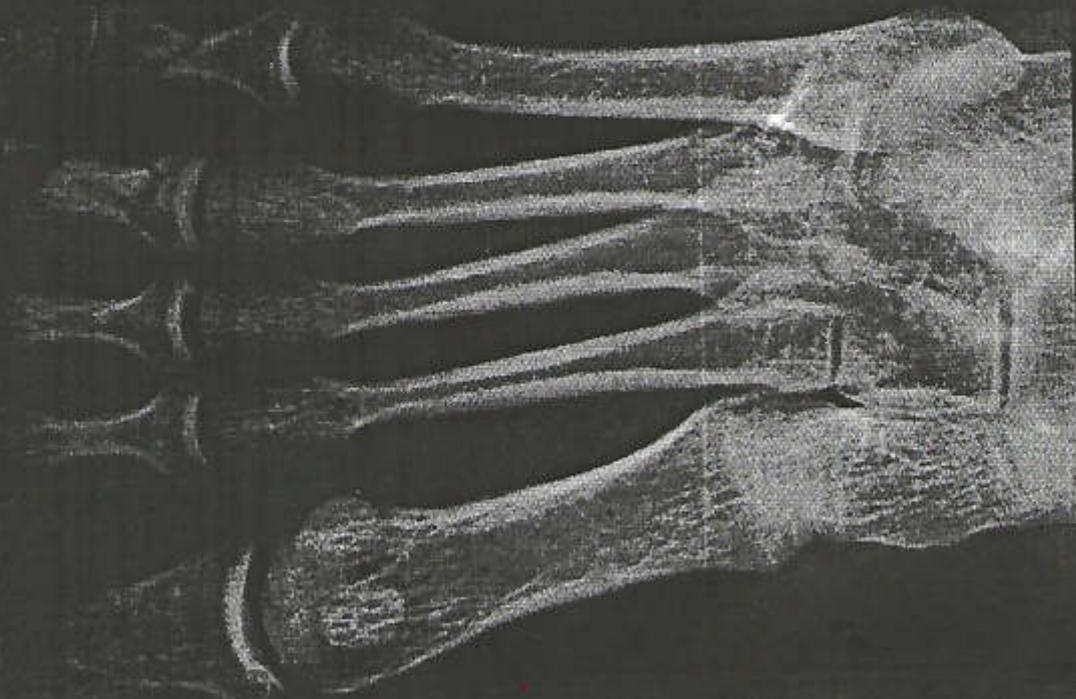
Fabiola Castro

70.8%



10737

09/01/2019



1249 W

09/01/2019

E

SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO 205

Mattos

ESPECIALISTA EM RADIOLOGIA

Roraima Energia S.A.
 Av. Capião Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal: 002936098
 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	16/06/2019	554	409,96

SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO
 R. CC 14 426 LAURA MOREIRA
 CPF: 00061838233253
 CEP: 69.318-065 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.366400

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	52063	Atual:	23/05/2019
Anterior:	51509	Anterior:	22/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	21/06/2019
Consumo Medido:	554	Emissão:	22/05/2019
Consumo Faturado:	554	Apresentação:	23/05/2019

NORMAL 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat	Méda 12 meses
RESID. BX. RENDA	BI	11EDB01097M	1416764	1.4.1.2	589

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
Médo ano consumo	CONSUMO	
ABR/19 732	30 A R\$	0,262144 = 7,86
MAR/19 566	70 A R\$	0,449385 = 31,45
FEV/19 515	120 A R\$	0,674084 = 80,89
JAN/19 594	334 A R\$	0,748975 = 250,15
DEZ/18 501	SUBVENCAO BAIXA RENDA	53,23
NOV/18 691	CORRECAO MONETARIA DA	03/19-00 0,10
OUT/18 691	CORRECAO MONETARIA IG	03/19-00 2,65
SET/18 497	MULTA POR ATRASO DE I	03/19-00 0,77
AGO/18 565	JUROS DE MORA POR ATR	03/19-00 0,14
JUL/18 537	MULTA POR ATRASO	03/19-00 7,68
	JUROS DE MORA DE IMPO	03/19-00 2,17
	ILUMINACAO PUBLICA	26,10

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/06/2019. O não pagamento por 30 dias acarretará também a inclusão do nome do consumidor na SCRAM. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconectar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
 LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 90C4.6E3D.CC83.B981.1E40.CF30.8E86.5824

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	35,15	Base de Cálculo:	370,35
Energia:	201,77	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	62,95
Encargos:	10,48	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	62,95	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
 3,02 6,00 0,63

DISTRITO 03/2019 159,59
 ROT: 7.001.28.01.366400



SEU CÓDIGO 0070455-5	TOTAL A PAGAR - R\$ 409,96
MES FATURADO 05/2019	VENCIMENTO 16/06/2019
Nº da Nota Fiscal: 002936098	FCAM

Roraima Energia S.A.
 Av. Capião Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

83620000004 7 09960075000 6 00000000070 3 45550519008 8



26 JUL 2019

SEQ.: 00196 UC: 0070455-5 DT. LEIT.: 23/05/2019 T. ENTR.: 07
 LEITURA: 52063 NORMAL TOTAL: 409,96 CARGA: 019
 DT. VENC.: 16/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1303

ENERGIA

Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.941.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.037.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime especial de impressão autorizada pelo SEFAZ/RR

NUM. FISCAL

0108917-0

Nº da Nota Fiscal

003122719

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

CONTAMÉS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	360	373,63

ILOIR INACIO DE SOUZA
 R. ANTONIO P GALVAO 1832 4 BURITIS
 CPF: 00038305151204
 CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021724

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
kWh	kVarh		
Atual:	51562	Atual:	24/06/2019
Anterior:	51202	Anterior:	27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/07/2019
Consumo Medido:	360	Emissão:	19/06/2019
Consumo Faturado:	360	Apresentação:	24/06/2019

NORMAL

28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2207276	N 1519448	1.1.1.2	461

HISTÓRICO kWh	DESCRICO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
MAI/19 453	CONSUMO 360 A R\$ 0,773664 =	278,51
ABR/19 438	CORRECAO MONETARIA DA 03/19-00	0,43
MAR/19 505	CANC. DESC. S/MULPARCEL 03/19-00	4,35
FEV/19 389	CANC. DESC. S/JUR. PARCE 03/19-00	4,07
JAN/19 356	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00	13,65
DEZ/18 419	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00	2,60
NOV/18 512	JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00	0,69
OCT/18 508	MULTA POR ATRASO 03/19-00	15,16
SET/18 499	JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00	12,12
AGO/18 544	ILUMINACAO PUBLICA	42,05

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS
 Mes/Ano Valor R\$
 04/2019 777,03

Informamos através de nossos veículos credores de débitos existentes (débitos vencidos) no valor de R\$ 777,03 (setecentos e setenta e sete reais) até esta data. Caso o(a) devedor(a) já tenha sido pago(a), procurar uma loja de atendimento da Eletronor Distribuição Roraima com o(s) comprovant(e) de pagamento.

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

26 JUL. 2019

RESERVADO AO FISCO D37B.5443.E5F9.49D0.15E4.9A9F.88BB.3A6D

COMPOSICAO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:		Base de Cálculo:	
Energia	149,97	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	47,34
Encargos:	7,79	Valor do PIS:	0,47
Tributos:	50,03	Valor do COFINS:	2,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
0,00			0,00			0,00

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021724 - 04/2019 143,70



SEAL/CODIGO
0108917-0

TOTAL A PAGAR - R\$
373,63

MES FATURADO
06/2019

VENCIMENTO
11/07/2019

Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.941.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.037.022-3

003122719 FCAM

83620000007 9 73630075000 6 00000000108 1 91700610008 1



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 22 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilson Inácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.612 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sirley da Silva Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 618.382.332 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Sirley da Silva Nascimento Franco inscrito (a) no CPF sob o Nº 618.382.332 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

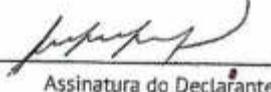
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.209</u>
Email <u>wlarr@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 98403-5060</u>

26 JUL. 2019

Boa Vista - RR, 26 de julho de 2019

Local e Data


Assinatura do Declarante

111218
VSP
152



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.

1801045650 11/12/2018 15:33:04 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 28

Paciente: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO
 Data Nascimento: 03/11/1978 Idade: 40 A 1 M 8 D
 Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: Data Emissão: Sexo: F Estado Civil: PARDA Raça/Cor: BOA VISTA - RR
 Mãe: FRANCISCA CARNEIRO DA SILVA Pai: NI Contato: (95) 99137-0610
 Endereço: RUA - CC 14 - 426 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Plano Convênio: N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
 Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
 Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: ANTONIA.SOARES

Queixa Principal: Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Escorpião

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___ h)
Atus acidente moto

Exame Físico:
Boa, lab, ore, lca

Hipótese Diagnóstica:
Acidente moto c/ Escorpião Fratura mão

SADT - Exames Complementares:
 RAIO -X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Conduta:
 Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revelia Internação
 Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta:

óbito: Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IM Clínica Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____
 Carimbo: _____ Assinatura do Médico: _____

Impresso por: antonia.soares
 Data Hora: 11/12/2018 15:33:40



26 JUL. 2019

Orthopedie Dr. Rogers

Puncta 4 de Hoam de vedere v. l. h
ch luma no pe (E) gas accedute de molo
S.I.C -

off dor + clif - l. 4° e 5° PDP pe (E)

Radiograf: fractura fange PDP 4°, 5° pe (E)

ii) la 4°, 5° PDP (E)

iii) analize + investiga + Retorpa

Dr. Odinachi Okemiti
Médico Residente
Ortopedia y Traumatología
CRM 3451/RP

26 JUL. 2019



E



SIRLEY DE S NASCIMENTO

1303

HOSPITAL CORONEL MOTA

07/02/2019

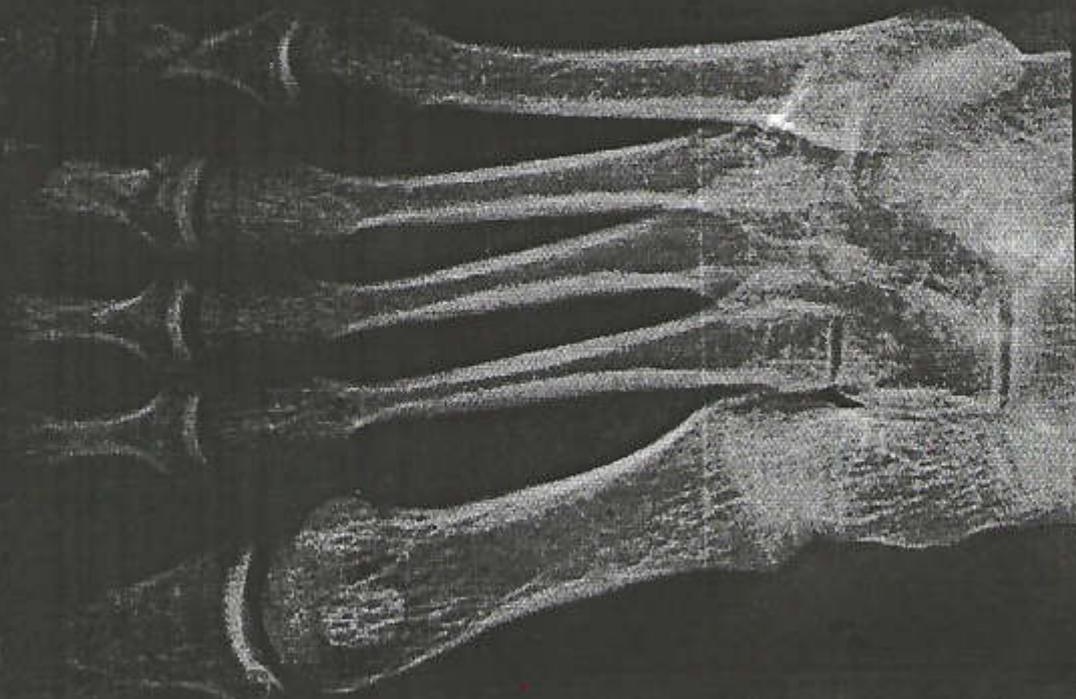
Fabiola Castro

70 8 %



10737

09/01/2019



1249 W

09/01/2019

E

SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO 205

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: **CELIA DA SILVA NASCIMENTO FRANCO**

ENDERECO: **146176 537 BR**
 UF: **618 382 322-53** DATA DE EMISSAO: **02/11/1978**

NOME: **JOSE FERREIRA DO NASCIMENTO**
 PRIMEIRO SOBRENOME: **FRANCISCA CARNEIRO DA SILVA NASCIMENTO**

SEXO: **MASCULINO** RACIA: **BRANCO** COLORES DOS OLHOS: **VERDE**

TIPO DE VEICULO: **PROFISSIONAL** VALOR: **00/01/2014** VALIDADE: **09/09/2007**

NOME: *Celia da Silva Nascimento Franco*

ENDERECO: **SEN VISTA - BOBONIA** DATA DE EMISSAO: **08/02/2014**
 VALOR: **5483043277**
 VALOR: **3000700000**

DETRAN-RR (BOBONIA)

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
860246806

PROFISSIONAL PLASTIFICADA
860246806

26 JUL. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
ILDIR INACIO DE SOUZA



DOC. IDENTIFIC. (RG, PASSAPORTE)
114807 SSP RJ

CPF
389.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/01/1976

FUNÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNÇÃO OLIVEIRA

PERÍODO
28/01/2020

ACC. CACHIMB. AB. 15/12/1999

REGISTRO
01101912304

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
980151096

26 JUL 2019
FABRILHO PLASTIFICADA

980151096

LOCAL
BOA VISTA - BOPATIA

SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO
DIRETORIA NACIONAL DE HABITAÇÃO
SECRETARIA DE HABITAÇÃO

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015
92485240616
88207868020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190450717 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO **Data do acidente:** 11/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 02 // EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190450717

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO
FRANCO

Data do acidente: 11/12/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 02 // EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	<i>Sirley da Silva N. Franco</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileira</i>
PROFISSÃO:	<i>Vendedora</i>
IDENTIDADE:	<i>568.276</i>
ENDEREÇO:	<i>CC 14 N° 426 Laura Moura</i>

OUTORGADO

NOME:	<i>Glair Inecine de Souza</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileira</i>
PROFISSÃO:	<i>Autônoma</i>
IDENTIDADE:	<i>114.807 SSP-RR</i>
ENDEREÇO:	<i>R. Antônia P. Galvão 1834</i>

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 11/12/2018, cobertura Invalidez, vítima: Sirley da Silva Nascimento Franco.

Boa Vista 15-03-19

LOCAL E DATA

Sirley da Silva N. Franco

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Sirley da Silva Nascimento Franco

26 JUL. 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256319/19

Vítima: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

CPF: 618.382.332-53

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/12/2018

Titular do CPF: SIRLEY DA SILVA
NASCIMENTO FRANCO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO : 618.382.332-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/07/2019
Nome: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO
CPF: 618.382.332-53

SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/07/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO