

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:
2932767520201210173959

Processo 0830131-78.2020.8.23.0010 ☆ - (16 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 9	10/12/2020 17:39:59	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772383CONTESTACAO01.pdf Público
9.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772383CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
8	02/12/2020 11:57:53	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL Responsável: ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES	JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA Analista Judiciário
[+] 7	02/12/2020 11:56:41	JUNTADA DE ANÁLISE DE PREVENÇÃO	JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA Analista Judiciário
[+] 6	30/11/2020 18:38:59	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES Magistrado
5	24/11/2020 16:23:28	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	24/11/2020 16:23:28	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	24/11/2020 16:23:28	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	24/11/2020 16:23:28	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	24/11/2020 16:23:28	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado



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

Processo: 08301317820208230010

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 **WILCILENE DOS SANTOS MACEDO**, 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 **30/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **21/10/2019**.

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 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.

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

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.

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.

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 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.”

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 a 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

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 Súmula 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;

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

⁷ art.

- 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, 8 de dezembro de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE 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-pentoneais 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; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **WILCILENE DOS SANTOS MACEDO**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08301317820208230010.

Rio de Janeiro, 8 de dezembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190697825

Vítima: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

Data do Acidente: 30/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190697825

Vítima: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

Data do Acidente: 30/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 30/09/2019, emitido pelo Dr. AMARO FORTES CRM nº 6749 - RR, da Instituição HOSPITAL IRACEMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

00046371273

4 - Nome completo da vítima:

Willcilene dos Santos macedo

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

5 - Nome completo:

Willcilene dos Santos macedo

6 - CPF:

00046371273

7 - Profissão:

Agricultora

8 - Endereço:

R. Vicinal 02 km-07

9 - Número:

84

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Compass Novas

12 - Cidade:

Bom Vista

13 - Estado:

TR

14 - CEP:

69340000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

991133855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0522

CONTA: 0005133

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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



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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Viúvo



24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bom Vista, 09 de dezembro de 19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CDC 001 1/007/2010

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038140/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/10/2019 09:25

Data/Hora Fim: 31/10/2019 09:59

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/09/2019 18:00

Local do Fato

Município: Iracema (RR)

Bairro: Vila Campos Novos

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Caracará

Sexo: Feminino

Nasc: 15/03/1988

Profissão: Agricultor

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Domingas dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 000.463.712-73

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ESPERANÇA

Nº: 131

Complemento: CASA

Bairro: CENTENÁRIO

Telefone: (95) 99125-4762 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 641.429.572-87

Placa JWT2454

Renavam 00757296726

Número do Motor 4B0003314

Número do Chassi 9BGSC80N01C230122

Ano/Modelo Fabricação 2001/2001

Cor PRATA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo GM/CORSA ST

Modelo GM/CORSA ST

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 01/04/2016

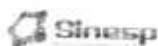
Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Wilcilene dos Santos Macedo

Exibidor



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 31/10/2019 09:59
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038140/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu nesta Especializada para relatar que no dia, hora e local descritos acima, viajava como passageira no veículo GM/Corsa também já devidamente especificado acima, conduzido por seu cunhado e proprietário do veículo, senhor Jurandir Alves da Silva; Que se deslocavam para a cidade de Boa Vista, quando aproximadamente percorridos 2 Km da Vila Campos Novos, o condutor do veículo ao tentar desviar de um buraco perdeu o controle e acabou descendo o aterro, vindo a comunicante sofrer lesão corporal, fraturando o braço direito próximo ao ombro. Que foi socorrida ao Posto de Saúde da Vila Campos Novos pelo esposo e em seguida foi transportada para Boa Vista de ambulância para atendimento no pronto Socorro. Que o registro é para fins de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia
Matrícula 04200169

Responsável pelo Atendimento

Wilcilene dos Santos Macedo

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

31 OUT 2019

AGENTE DE POLÍCIA
VOLNEY

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF do vítima:

00046371173

4 - Nome completo da vítima:

Wilielmo dos Santos Macedo

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

5 - Nome completo:

Wilielmo dos Santos Macedo

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

R. Vicinal 02 km-07

6 - CPF:

00046371273

11 - Bairro:

Campos Novos

12 - Cidade:

Bom Vista

9 - Número:

84

10 - Complemento:

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

69340000

15 - Telefone:

981333855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme se prova na anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO EM RESPONDER

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00

☐ R\$1.501,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (serviço para os bancos abaixo. Assine a outra opção)

☒ Riocentro (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0922

CONTA:

0005133

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/cavendo, se houver, a que eu tiver direito, no momento da decisão, de que já e somente após a efetivação de crédito, cujação nota do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 3.194/74), uma vez que:

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

Solicito a prossecução da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, com o limite à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo.

Entendo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou com a decisão de contestar a avaliação médica, caso discordo do meu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (se casado)

☐ Viúvo

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

☐ Pai

☐ Mãe

☐ Filho

☐ Irmão

☐ Outros

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Estou ciente de que a Seguradora LIDER paga, em caso de morte, a indenização do Seguro DPVAT para os beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além do ressarcimento criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

Impressão

original da

assinatura

beneficiário

ou representante

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a seguir)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a seguir)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 9800 Bom Vista, 02 de Dezembro de 19

Wilielmo dos Santos Macedo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Wilielmo dos Santos Macedo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 306/13

Nº da Nota Fiscal 000033841

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
10 RCO/2017	28/03/2017	46	13,32

MARIA ALVES DA SILVA

V. 02 KM 7,84 RURAL

CIF: 00010026614200

CIP: 69.340-000 - CAMPOS NOVOS

ROT: 201.038.01-51.059000

DADOS DA LECTURA		DADOS DA LECTURA	
Atual:	7799	Atual:	13/03/2017
Anterior:	7753	Anterior:	22/02/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	10/04/2017
Consumo Medido:	46	Emissão:	13/03/2017
Consumo Faturado:	46	Apresentação:	13/03/2017
Forma de Pagamento: NO RCO	Valor de Potência	Dias de Consumo:	19

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RURAL	MUNO	660171		4.2.2.1	123

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano Consumo			
FEV/17	0	CONSUMO	46 A R\$ 0,289694 = 13,32
JAN/17	142		
DEZ/16	139		
NOV/16	136		
OUT/16	134		
SET/16	124		
AUG/16	116		
JUL/16	115		
JUN/16	115		
MAY/16	118		
TAXA SEM TRIBUTOS:			
0,4 - 46 - 0,289694			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mês/ano	Valor R\$
03/2017	30,00
O valor de 30,00 representa o valor de 13,32 acrescido de 166,68% (166,68% de juros moratórios e 100% de multa por atraso no pagamento).	
O valor de 30,00 representa o valor de 13,32 acrescido de 166,68% (166,68% de juros moratórios e 100% de multa por atraso no pagamento).	
O valor de 30,00 representa o valor de 13,32 acrescido de 166,68% (166,68% de juros moratórios e 100% de multa por atraso no pagamento).	

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	4,03	Base de Cálculo:	13,32
Energia:	6,13	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	2,26
Encargos:	0,11	Valor do PIS:	0,03
Tributos:	2,95	Valor do COFINS:	0,16

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC		PIC		DM		DICR
	Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal
Consumo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pagamento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Reatuação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Reservado ao Fisco 0F06.4523.6124.5213.0048.45DB.54AB.C8C6

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003301566

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVAh	DADOS DA LEITURA	
Atual:	37543		Atual:	23/07/2019
Anterior:	37276		Anterior:	21/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	23/08/2019
Consumo Medido:	267		Emissão:	22/07/2019
Consumo Faturado:	267	FCAN	Apresentação:	23/07/2019

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BT	126006955 H-24-1802		1-1-1-2	238

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 147	CONSUMO 267 A R\$ 0,89 = 237,56
MAI/19 212	CORREÇÃO MONETARIA DA 05/19-00 0,04
ABR/19 239	CORREÇÃO MONETARIA IG 05/19-00 0,88
MAR/19 182	MULTA POR ATRASO DE J 05/19-00 1,56
FEV/19 170	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,29
JAN/19 294	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,27
DEZ/18 210	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 1,85
NOV/18 286	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 292	
SET/18 229	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 267 - 0,894636	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Mes/Ano: 06/2019 Valor R\$: 148,63
LIQUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO EM 16/07/2019

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPÓSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 52,45	Base de Cálculo: 204,14
Energia: 111,22	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 34,70
Encargos: 5,77	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 34,70	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE
8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
6,55 13,00 1,13

DISTRITO 05/2019 69,55
ROT: 7.001.28.01.291200

RORAIMA ENERGIA	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
	0070349-4	237,56
	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
	07/2019	06/08/2019
	Nº da Nota Fiscal:	003301566 FCAN

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

83620000002 1 37560075000 0 00000000070 3 34940719008 2



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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF 825396343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wileilene dos Santos Macedo inscrito (a) no CPF sob o Nº 000463712 / 73, do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Wileilene dos Santos Macedo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 000463712 / 73, 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>R. CC 11</u>		Número <u>284</u>	Complemento
Bairro <u>Boa Vista</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69031050</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>991133899</u>

Boa Vista, 09 de dezembro de 19
Local e Data

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante



NOME DO PACIENTE: <u>Willilene dos Santos Maceche</u>		CARTÃO DO SUS: <u>700 50 91 38 28 7250</u>	
DATA DE NASCIMENTO: <u>15/03/88</u>			
TELEFONE: ()		UF: <u>PR</u>	
ENDEREÇO:		CIDADE:	
ANAMNESE- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <u>Fratura no M.S.D</u>			
ÁREA OU SEGMENTO A SER EXAMINADO			
EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS <u>Solista Ambulatório Médico</u>			
ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MÉDICO:		DATA DE EMISSÃO: <u>30/09/2014</u> / Hora <u>17:30</u>	
 Willilene dos Santos Maceche CRM 749		UNIDADE SOLICITANTE: <u>P.R. Arya Medito dos Santos</u>	
		ENCAMINHADO PARA: <u>Hospital de Maceche</u>	
AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO:		ENDEREÇO: <u>Maceche</u>	
ASSINATURA E CARIMBO		CIDADE:	
		UF:	
ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30 (TRINTA) DIAS A PARTIR DA DATA DE EMISSÃO			

DATA	CONSULTAS-VISITAS-EXAMES DE LABORATORIO PRESCRIÇÕES	ASSINATURA
30/09/19	Deu entrada na UBS, Ana Hipólito dos Santos às 18:00 hs vítima de um acidente de carro, no qual estava com suspeita de fratura no M.S.D, foi feito camp. clipirona IM, e a mesma foi removida ao Hospital Geral de Boa Vista para avaliação médica, foi acompanhada pelo técnico em enfermagem Francisco Alves.	tec. Francisco Alves COREN BR 860.004



1901168294 30/09/2019 20:23:21 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 16

Paciente **WILCILENE DOS SANTOS MACEDO** Data Nascimento **15/03/1988** Idade **31 A 6 M 15 D** CNS **700509138287250** CPF **00046371273** Prontuário **00082440**
Tipo Doc **IDENTIDADE 270727** Documento **270727** Órgão Emissor **IRACEMA** Data Emissão **27/07/2017** Sexo **F** Estado Civil **F** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **BRASILEIRA**
Mãe **DOMINGAS DOS SANTOS** Pai **FRANCISCO TELES MACEDO** Contato **(95) 93627-5156**
Endereço **- CAMPOS NOVOS - 131 - - IRACEMA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **SUS** N° da Carteira **URGÊNCIA** Validade **URGÊNCIA** Autorização **URGÊNCIA** Sis Prenatal **URGÊNCIA**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE CARRO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **URGÊNCIA** Procedência **URGÊNCIA** Temp. **URGÊNCIA** Peso **URGÊNCIA** Pressão **URGÊNCIA**
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **AMBULANCIA (HOSPITAL)** Procedimento Sol. **URGÊNCIA** Registrado por: **MATHEUS ALVES**

Queixa Principal **ACIDENTE CARRO - DOR BRAÇO D.**
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - __: __h) **PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. TRAZIDA A ESTA UNIDADE COM MTD IMOBILIZADO. QUEIXA DE DOR INTENSA.**

Exame Físico **BEG p/ CONDIÇÃO, LOTE, AAA. ALERGIA**

Hipótese Diagnóstica **FRATURA DO UNDO?**

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

PRESCRIÇÃO **(1) DILORONA 7amp 5(EV) ALORA**
(2) RADIOGRAFIA
(3) A ORTOPEDIA

APRAZAMENTO **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**
AV. BRG: ED. 1 - 1º ANDAR, S/N
NO. 1 - 1º ANDAR, S/N
0 - 01/09/2019
presente
Original
QUE FOI ENVIADA PARA ESTE HOSPITAL

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 ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

166.58911.24-0

3762885

0050

RR

Uliculus ~~de~~ *Sandoz* *marcelus*

VISITE D'PORTAL MTE: WWW.MTE.CCIV.RJ

L E G E N D

03



WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

14117.3762885.50-67

FILIAÇÃO.....: DOMINGAS DOS SANTOS
FRANCISCO TELES MACEDO

NASCIMENTO.....: 15/03/1988

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: CARACARÁ - RR

NATUREZA: CAPITAL - RR
DOCUMENTO: R.G. - 270727 - 09/01/2008 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

Cpf.

TIT. ELEITOR: 004454722631

LOCAL DE EMISSÃO: SATEERR - RIO DE JANEIRO

DATA DE EMISSÃO: 28/03/2017

1) Methods: "Interviews and Surveys"

ZONA: 008

CNH.....
SEÇÃO: 0072

ACELANO PEREIRA MOTA REZENDE
Superintendente Regional de Trabalho e Emprego/RS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975880600
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 00757296726 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
JURANDIR ALVES DA SILVA

RR

CPF / CNPJ
641.429.572-87

PLACA
JWT2454

PLACA ANT / UF

CHASSI
9BGSC80N01C230122

ESPÉCIE TIPO
MIS/CAMIONETA/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
GM/CORSA S1

ANO FAB.
2001

ANO MOD.
2001

CAP / POT / CIL
2P/092CV/, 6T

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRATA

COTA ÚNICA
ISENTO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS
1*****

FAIXA LPVA
ISENTO(+ DE 10 ANOS)

PARCELAMENTO / COTAS

2*****
3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO
04/09/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO *

LOCAL

BOA VISTA-RR

DATA

04/09/2019

DETRAN-RR

EXPEDIDOR

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

RR Nº 013975880600 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA

CPF / CNPJ
641.429.572-87

PLACA
JWT2454

RENAVAM
00757296726

MARCA / MODELO
GM/CORSA S1

ANO FAB.
2001

CAT. TARIF.

CHASSI
9BGSC80N01C230122

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)
R\$5.4

DENATRAN (R\$)
R\$0.6

CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$6

CUSTO DO BILHETE (R\$)
R\$4.15

IOF (R\$)
R\$0.06

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO
R\$16.21

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
04/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

566459

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449926/19

Vítima: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

CPF: 000.463.712-73

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 30/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILCILENE DOS SANTOS
MACEDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

WILCILENE DOS SANTOS MACEDO : 000.463.712-73

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Wilcilene dos Santos Macedo
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Agricultora RG: 270727
CPF: 000.463.712-73 ENDEREÇO: Vicinal 02, km-0+, 84
BAIRRO: Campos Novos CIDADE: Itacema
CEP: 69.340-000

VITIMA: Wilcilene dos Santos Macedo
CPF: 000.463.712-73 DATA DO ACIDENTE: 03/09/2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Pioneiro
Nº. DO RG: 289717 ORGÃO EMISSOR: SESP/RR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº. DO CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC-11, 294 - Lavoura Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista/RR, 06 de Dezembro de 2019



Wilcilene dos Santos Macedo

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449926/19

Vítima: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

CPF: 000.463.712-73

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/09/2019

Titular do CPF: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

WILCILENE DOS SANTOS MACEDO : 000.463.712-73

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190697825 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO **Data do acidente:** 30/09/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00