

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:
2945515820201230105743

Processo 0831953-05.2020.8.23.0010 ☆ - (14 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 4847 - 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

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 6	30/12/2020 10:57:43	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
6.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2776806CONTESTACAO01.pdf Público			
6.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2776806CONTESTACAOAnexo02.pdf Público			
6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público			
5	15/12/2020 16:35:12	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	15/12/2020 16:35:11	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	15/12/2020 16:35:11	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
Registro de Distribuição			
2	15/12/2020 16:35:11	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
5ª Vara Cível			
[+] 1	15/12/2020 16:35:10	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08319530520208230010

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 **FRANCISCO CONCEICAO SOUSA**, 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 **06/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **06/11/2018**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/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 Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadv.com.br

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

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)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **06/11/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo

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.

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.”

apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da 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, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

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

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

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

⁷ art.

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

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 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-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; **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 **FRANCISCO**

CONCEICAO SOUSA, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08319530520208230010.

Rio de Janeiro, 21 de dezembro 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

JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200351092

Vítima: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000001107-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **832.009.593-04** 3 - CPF da vítima: **832.009.593-04** 4 - Nome completo da vítima: **Francisco Conceição Sousa**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 484/2017

5 - Nome completo: **Francisco Conceição Sousa** 6 - CPF: **832.009.593-04**
7 - Profissão: **Autônomo** 8 - Endereço: **R. Salurno** 9 - Número: **614** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Boa Vista** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69316-028**
15 - E-mail: **eloanara@hotmail.com** 16 - Tel. (DDD): **9519404-5368**

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:
☒ RECURSO 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: **3905** ☐ CONTA: **1107** ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento 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.

Selejo 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 a análise médica presencial, caso necessário, a critério da Seguradora LIDER 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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 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 (a nascitor)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 - _____
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: **Boa Vista - RR 29/09/2020**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Francisco Conceição Sousa**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9136-7209

Ocorrência Nº: 7254/2020 - Registrado em: 23/07/2020 às 12h 51min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 06/11/2018 às 17h 00min

LOCAL DO FATO

Município: AMAJARI

Logradouro: BR 174

Bairro: CENTRO

Referência:

Complemento: TUARÚ VICINAL 04

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: VIA RURAL

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

FRANCISCO CONCEICAO SOUSA(39), nascido(a) em 09/04/1981, sexo MASCULINO, solteiro(a), estado civil: CASADO, profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 832.009.593-04, País: BRASIL, natural de SANTA LUZIA-MA, filho(a) de MARIA HELENA CONCEICAO SOUSA e FRANCISCO ELOI SOUSA, endereço: SATURNO, cep: 69316-026, Nº 616, Faltas: 0, RAIAR DO SOL, BOA VISTA-RR, referência: PRÓXIMO A IGREJA ADVENTISTA, Telefone: (95) 99122-9874.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAI

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA UMA HONDA/CG 160, ANO:2017/2017, COR: PRETA, CHASSI: KC2JE0H041266, PLACA: NAW4987, DE PROPRIEDADE DE MARIA CRISTINA DE SANTANA, QUANDO UM CARRO INVADIU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM SUA ESQUERDA. O MESMO INFORMA QUE SAIU DA PISTA E BATEU NA BOEIRA, CAUSANDO A FRATURA NO BRAÇO DIREITO. O MESMO INFORMA QUE SUA ESPOSA SOCORREU E LEVOU NO HRG. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

RONALDO LUIZ DE SOUZA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: SIAFI 710354
ASSINADO ELETRONICAMENTE

Francisco Conceicao Sousa
FRANCISCO CONCEICAO SOUSA
COMUNICANTE

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 832.009.593-04 3 - CPF da vítima: Francisco Conceição Sousa 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2017

5 - Nome completo: Francisco Conceição Sousa 6 - CPF: 832.009.593-04
7 - Profissão: Antônio 8 - Endereço: R. Salurno 9 - Número: 614 10 - Complemento:
11 - Bairro: Boa Vista 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316-028
15 - E-mail: eloanare@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 9519404-5368

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: ☒ RECURSO 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: 3905 ☐ CONTA: 1107 ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento 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.

Selejo 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 a análise médica presencial, caso necessário, a custos da Seguradora Lider 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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 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 (a nascitor)? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 - ☐ 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: Boa Vista - RR 29/09/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco Conceição Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000001107-0

Nr. da Autenticação F43B92F82BF1038F



RORAIMA
ENERGIA
Ligada em você

RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691,
CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5457846

MARIA CRISTINA DE SANTANA

R. SATURNO, 614,

RAIAR DO SOL

69316028 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
865028	06/2020	15-MAY-20 a 16-JUN-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
30	11-JUL-20	R\$ 43,62

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA
ENERGIA
Ligada em você

RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691,
CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
865028	06/2020	R\$ 43,62

836400000003.436200750004.000000000869.502806200056



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 . 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	05/2020	R\$ 554,71

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CADEIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

CPF
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PLANO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERÍODO
29/03/2020

ACD
AB

VALIDADE
29/03/2020

PRORATEÇÃO
15/12/1999

VALIDADE
29/03/2020

PRORATEÇÃO
15/12/1999

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

ASSINATURA
JOSÉ SOUZA DE ASSUNCAO

ASSINATURA
JOSÉ SOUZA DE ASSUNCAO

750009.000000001081.917005200055



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 Ilair Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco Conceição Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 832.009.593 / 04,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Conceição Sousa
inscrito (a) no CPF sob o Nº 832.009.593 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>7832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Duriti</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILAIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>65.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR 29/09/2020

Assinatura do Declarante

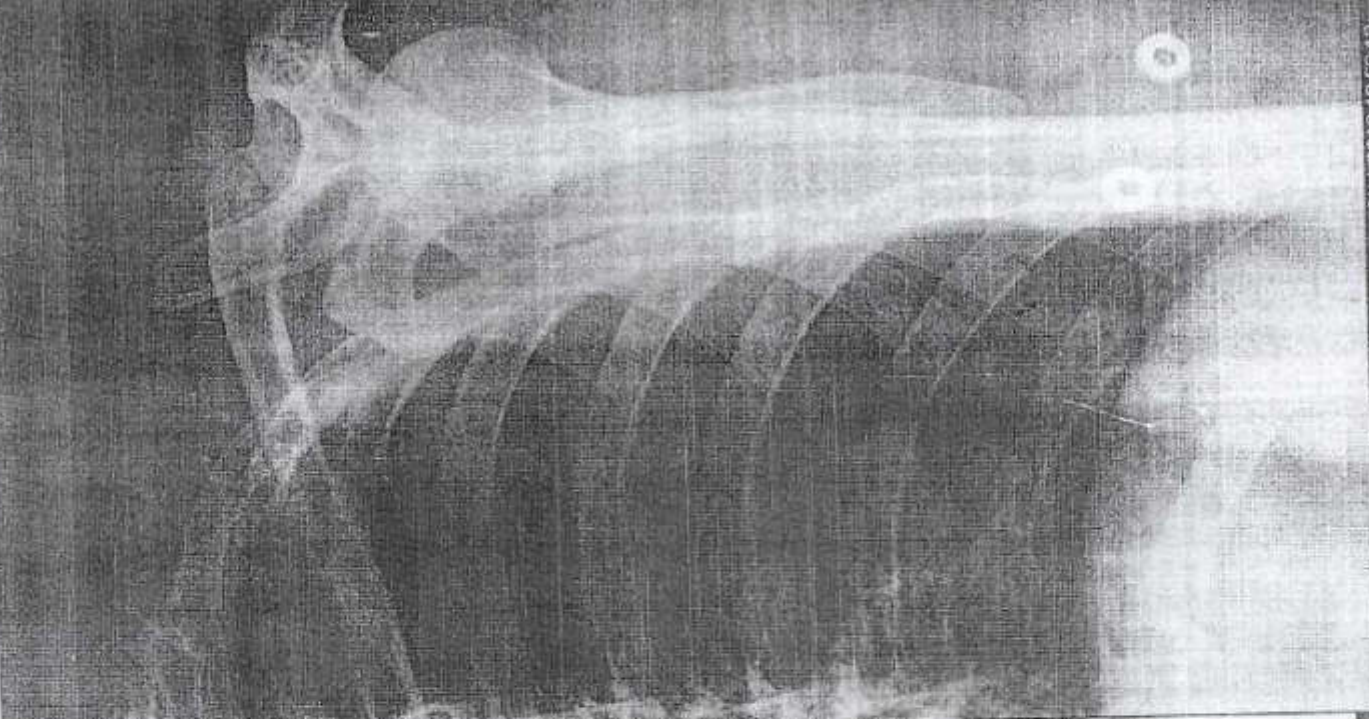
D



19.1 %

6/11/2018 18:59:12

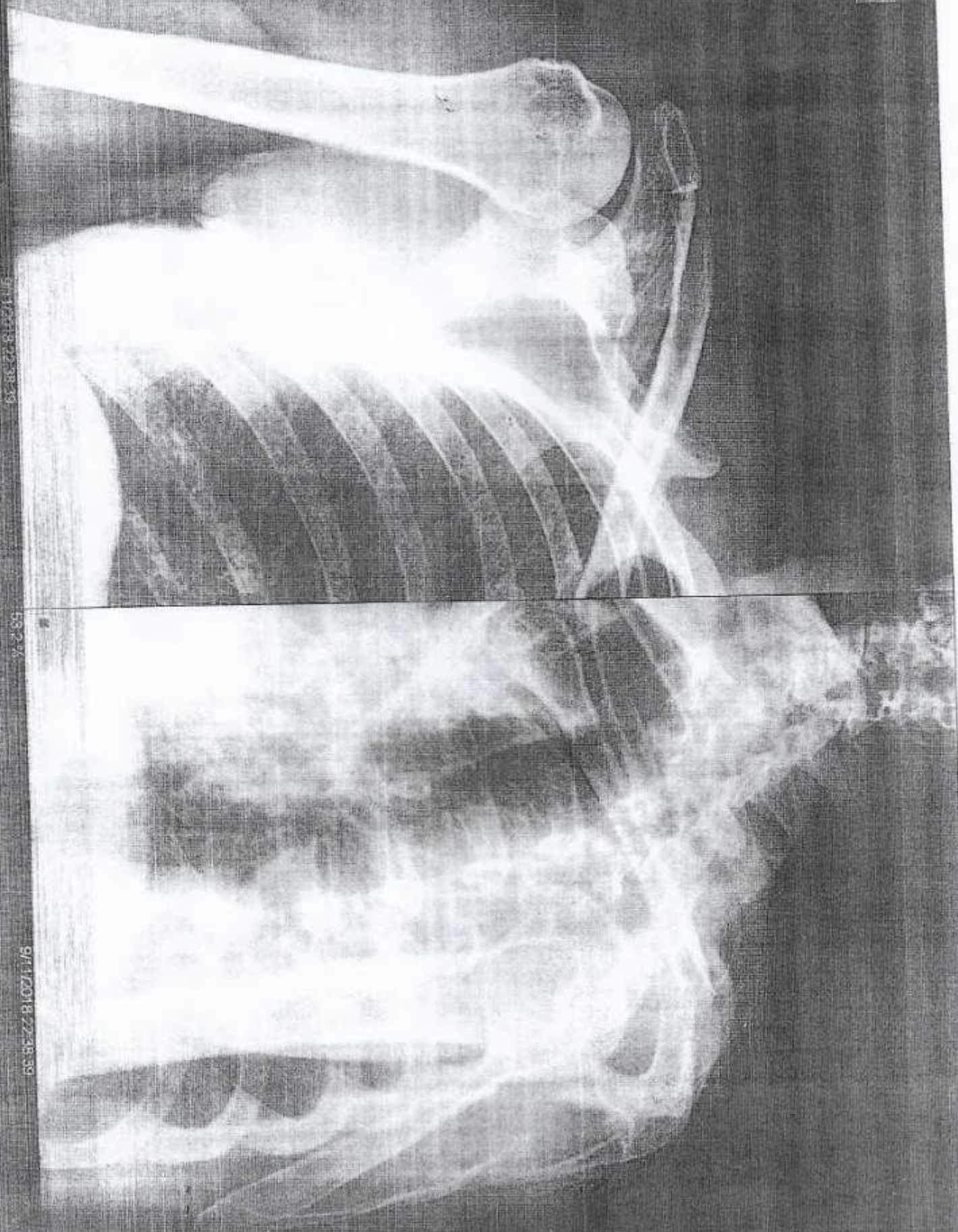
FRANCISCO C. SOUZA



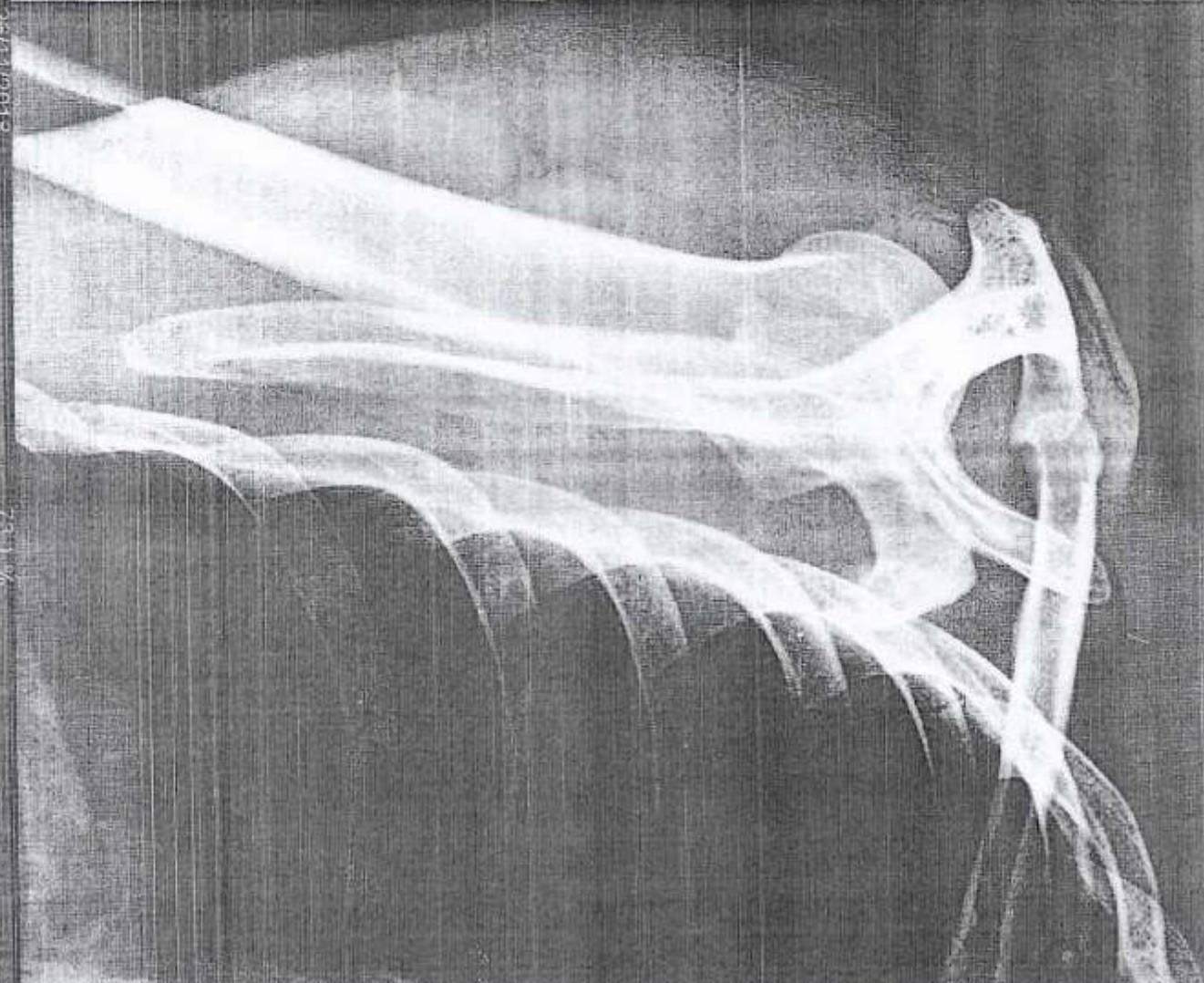
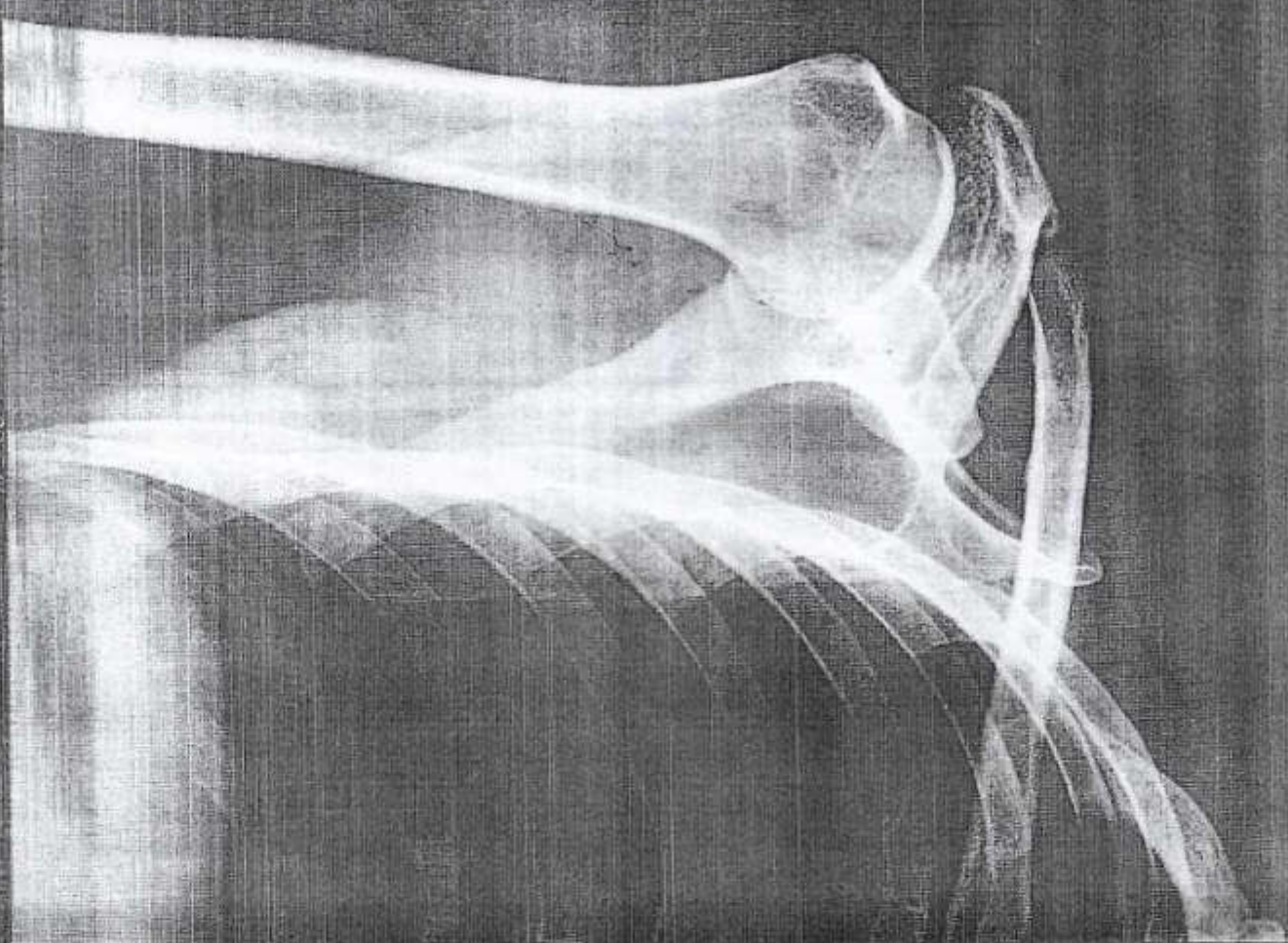
55.5 %

6/11/2018 18:59:12

D



D



26/11/2013

62.5 %

26/11/2013

63.1 %

FRANCISCO CONCEIÇÃO SOUSA 13718

HOSEIA PORRONE MOTA

CHICARVA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL CORONEL MOTA
SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

NOME: FRANCISCO CONCEIÇÃO SOUSA

DN: 09.04.81

IDADE: 37 ANOS

DR: PAULO JEFFERSON

DATA: 07.12.18

ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

Ao exame do ombro direito, observa-se imagem de espessamento heterogêneo do tendão do músculo supraespinhal, e estria laminar de permeio no terço distal.

Tendões subescapular e infraespinhal preservados.

Tendão da cabeça longa do bíceps acusticamente normal.

Articulação acrômio clavicular de dimensões preservadas.

HD: Ruptura intratendínea do tendão do músculo supraespinhal direito.

MÉDICO RESPONSÁVEL
DR: JÚLIO KONG/ CRM - 376



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

1ª Classificação

VERDE

Reclassificação

☐ Vermelho☐ Laranja☐ Amarelo☐ Verde☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho☐ Laranja☐ Amarelo☐ Verde☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho☐ Laranja☐ Amarelo☐ Verde☐ Azul Ass.

1801031792 06/11/2018 18:00:37 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 195

Paciente **FRANCISCO CONCEICAO SOUSA** Data Nascimento **09/04/1981** Idade **37 A 6 M 27 D** CNS **898003949081684** CPF **83200959304** Prontuário **00074799**
 Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **SSP/RR** Sexo **M** Estado Civil **PARDA** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **SANTA LUZIA - MA** Nacionalidade **BRASILEIRA**
 Mãe **MARIA HELENA CONCEICAO SOUSA** Pai **FRANCISCO ELOI SOUSA** Contato **(95) 99173-8355**
 Endereço **RUA - ANTONIO FERREIRA DE SOUSA - 41 - SAO FRANCISCO - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco **VERDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **Validade** Autorização **Sis Prenatal**
 Motivo do Atendimento **SPA - PRONTO ATENDIM** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **36.00** Peso **150 x 100**
 Setor **PRONTO ATENDIMENTO** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. **Registrado por: ALESSANDRA CRISTINA**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
 queixa de dor ombro direito apos acidente de motocicleta ha um dia e meio

Anamnese de Enfermagem **negativa** GSC **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456** TOTAL **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) **Acidente há 2 dias no interior. Per ombro D**

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica **Trauma ombro D** **Ortopedia** **Características de**

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

PRESCRIÇÃO **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO**
 1) tilatil 40mg EV **h 12:00 e 18:00**
 2) diclofeno 25mg EV **h 12:00 e 18:00**
 3) **Acetaminofeno 500mg**
 4) **Paracetamol 500mg**
 5) **Aspirina 100mg**
 6) **Clorfeniramina 4mg**
 7) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 8) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 9) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 10) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 11) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 12) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 13) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 14) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 15) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 16) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 17) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 18) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 19) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 20) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 21) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 22) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 23) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 24) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 25) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 26) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 27) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 28) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 29) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 30) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 31) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 32) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 33) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 34) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 35) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 36) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 37) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 38) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 39) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 40) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 41) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 42) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 43) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 44) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 45) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 46) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 47) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 48) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 49) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 50) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 51) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 52) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 53) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 54) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 55) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 56) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 57) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 58) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 59) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 60) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 61) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 62) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 63) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 64) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 65) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 66) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 67) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 68) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 69) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 70) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 71) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 72) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 73) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 74) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 75) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 76) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 77) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 78) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 79) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 80) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 81) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 82) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 83) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 84) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 85) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 86) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 87) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 88) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 89) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 90) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 91) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 92) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 93) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 94) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 95) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 96) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 97) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 98) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 99) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**
 100) **Cloridrato de Amoxicilina 500mg**

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**

Impresso por: isabel Data Hora: 06/11/2018 18:05:03

GOV. RORAIMA - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE

1801031792



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 . 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CAIXA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

CPF
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PRONOME
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERIODO
20/03/2020

ACD
AB

VALIDADE
29/03/2020

PRORATEÇÃO
15/12/1999

VALIDADE TUDO
O DEPARTAMENTO NACIONAL
980151096

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

ASSINATURA
JOSÉ SOUZA DE ASSUNCAO

ASSINATURA DO EMISSOR

750009.000000001081.917005200055



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

130.26086.42-7

2248230

0060

RR



Francisco Conceição Sousa
ASSINTELEGRADOS TITULAR



FRANCISCO CONCEIÇÃO SOUSA

FILIAÇÃO.....: MARIA HELENA CONCEIÇÃO SOUSA
FRANCISCO ELIO SOUSA

NASCIMENTO.....: 09/04/1961

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE.....: SANTA LUÍZA - MA

DOCUMENTO.....: R.G. - 1397221994 - 09/04/1999 - SESP - MA

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1994

CPF.....: 832.009.293-04

TIT. ELEITOR.....

CNH.....

SEÇÃO.....

ZONA.....

LOCAL DE EMISSÃO.....: SITE RR - RUA VISTA

DATA DE EMISSÃO.....: 10/06/2018

Margareta Costa-Flores

MARGARETA COSTA-FLORES
ASSINTELEGRADOS TITULAR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200351092 **Cidade:** Amajari **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA **Data do acidente:** 06/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO (RUPTURA INTRATENDÍNEA DO TENDÃO DO MÚSCULO SUPRAESPINAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% MEMBRO SUPERIOR (RÁDIO) E 25% TORNOZELO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Francisco Conceição Sousa

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 109722199-4

ENDEREÇO: R. Saturno, N° 614, Raiar do Sol

OUTORGADO

NOME: Elvis Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114807

ENDEREÇO: R. Antonio P. Galvão, N° 1832, Benedito

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 OBRIGATORIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data:

06/11/2019 cobertura Invalidez vítima

Francisco Conceição Sousa

Francisco Conceição Sousa

OUTORGANTE

BOA VISTA RR, 23 DE 07

2020



CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AR. VISTA RR, 23 DE 07 - CENTRO - BOA VISTA RR, TEL: (68) 3634-6077 - ATENDIMENTO: 9h às 18h
ASSINATURA a(s) assinatura(s)
109722199-4 - FRANCISCO CONCEIÇÃO SOUSA
VS. Em testemunho da verdade Boa Vista: 23/07/2020
Emol: 2,56 FUNDEJURR: 26 FISC: 0.13 FECON: 0.13 ISS: 0.13 Vlr Selo: 0,00
Selo: RECFIR1583453W40TFKXUG9K6012 N° Ticket: 00287
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 83200959304

Aline Mousan
Escritor(a) e Arquivada
Cartório Loureiro

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento, Dou fé.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276808/20

Vítima: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

CPF: 832.009.593-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/11/2018

Titular do CPF: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

FRANCISCO CONCEICAO SOUSA : 832.009.593-04

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: 30/09/2020
Nome: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA
CPF: 832.009.593-04

FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO