

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:
2961935020210127112519

Processo 0832313-37.2020.8.23.0010  - (39 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: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Filtros  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 500 por pág.  1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seq. | Data | Evento | Movimentado Por | | | | | | | | | | | | | | |
| JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 11 | 27/01/2021 11:25:19 | Cumprimento de intimação - Referente ao evento ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE (11/01/2021) | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">11.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 40%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 20%;">: 2777337CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 20%;">Público</td></tr> <tr> <td>11.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>: 2777337CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td>Público</td></tr> <tr> <td>11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>: KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td>Público</td></tr> </table> | | | | | | 11.1 Arquivo: Petição | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | : 2777337CONTESTACAO01.pdf | Público | 11.2 Arquivo: DOCS | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | : 2777337CONTESTACAOAnexo02.pdf | Público | 11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | : KIT SEGURADORA LDER.pdf | Público |
| 11.1 Arquivo: Petição | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | : 2777337CONTESTACAO01.pdf | Público | | | | | | | | | | | | | | |
| 11.2 Arquivo: DOCS | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | : 2777337CONTESTACAOAnexo02.pdf | Público | | | | | | | | | | | | | | |
| 11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | : KIT SEGURADORA LDER.pdf | Público | | | | | | | | | | | | | | |
| LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 22/01/2021 00:00:54 | (Pelo advogado/curador/defensor de RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 8. | SISTEMA CNJ | | | | | | | | | | | | | | |
| LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 12/01/2021 16:02:52 | (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 7. | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador | | | | | | | | | | | | | | |
| EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 11/01/2021 12:54:36 | Para advogados/curador/defensor de RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE (11/01/2021) | ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária | | | | | | | | | | | | | | |
| EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 11/01/2021 12:54:35 | Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE (11/01/2021) | ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária | | | | | | | | | | | | | | |
| ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 6 | 11/01/2021 11:15:53 | | JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado | | | | | | | | | | | | | | |
| CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 18/12/2020 14:46:05 | | SISTEMA CNJ | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 18/12/2020 14:46:04 | RECEBIDOS OS AUTOS | SISTEMA CNJ | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 18/12/2020 14:46:04 | REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição | SISTEMA CNJ | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 18/12/2020 14:46:04 | DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível | SISTEMA CNJ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | 18/12/2020 14:46:04 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL | Thiago Amorim Dos Santos Advogado | | | | | | | | | | | | | | |



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

Processo: 08323133720208230010

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 **RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **25/06/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **01/09/2020**.

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 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.

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

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 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 Excelênciia 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.”

⁷art.

1º

(...)

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

- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 25 de janeiro de 2021.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRAADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08323133720208230010.

Rio de Janeiro, 25 de janeiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200366941

Vítima: RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO

Data do Acidente: 25/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO

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 25/06/2020, emitido pelo Dr. ALBERTO FERREIRA DE SOUZA CRM nº 1617 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, 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:

79.602.012-04

4 - Nome completo da vítima:
Raimundo Nonato Carvalho Filho

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

5 - Nome completo:

Raimundo Nonato Carvalho Filho

6 - CPF:
79.602.012.04

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Rua Piracara

9 - Número:
472

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Boavista

13 - Estado:
RN

14 - CEP:
69.341-035

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):
(91) 99169-5685

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6263

3 CONTA: 10111

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do addente 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 29/08/2020

Raimundo N. Carvalho Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

79.602.012-04

4 - Nome completo da vítima:
Raimundo Nonato Carvalho Filho

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

5 - Nome completo:

Raimundo Nonato Carvalho Filho

6 - CPF:
79.602.012.04

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Rua Piracara

9 - Número:
472

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Boavista

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

69.341-035

15 - E-mail:

(91) 99169-5685

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 6263

3 CONTA: 10111

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

3 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 addente 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 29/08/2020

Raimundo N. Carvalho Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

79.602.012-04

4 - Nome completo da vítima:

Raimundo Nonato Carvalho Filho

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

5 - Nome completo:

Raimundo

Nonato Carvalho

Filho

6 - CPF:

79.602.012.04

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Rua Piracara

11 - Bairro:

PIRACARA

12 - Cidade:

BOAVISTA

15 - E-mail:

9 - Número:

472

10 - Complemento:

CASA

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

69.341-035

16 - Tel. (DDD):

(91) 99169-5685

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6263

3 CONTA: 10111

(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 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 29/08/2020

Raimundo N. Carvalho Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

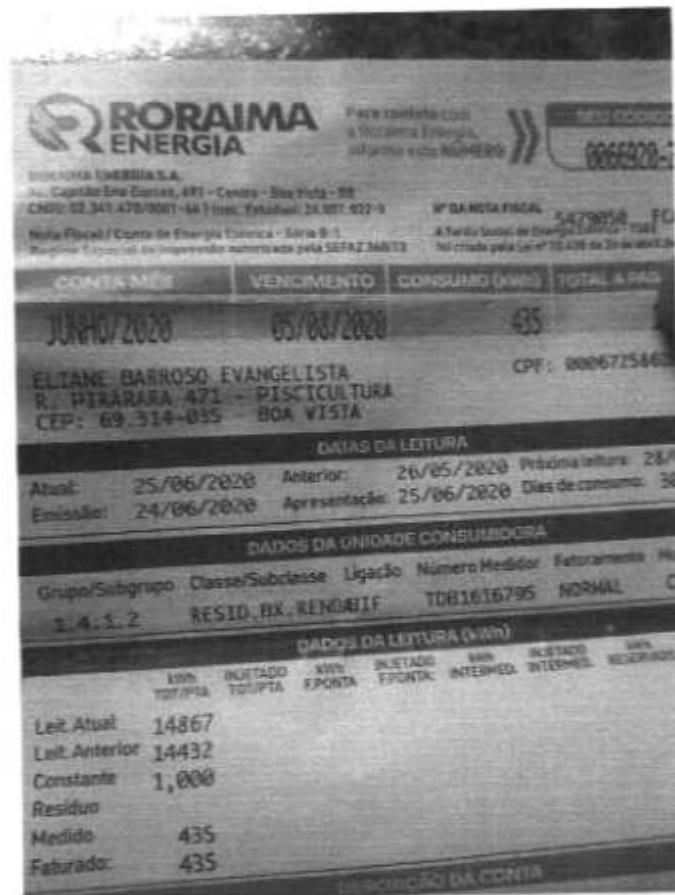
FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Junior

03/07/2020 às 3:15 PM





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Góes, 491 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.311.476/0001-44 | Insc. Estadual: 24.887.022-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizado pela SERAZ/368/01

Para contato com
a Roraima Energia
informe este número:

0832588-0

Nº DA NOTA FISCAL 5405120 FCAN®
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 23 de abril de 2002.

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | DEBITO | DEBITO |
|------------|------------|--------|--------|
| JUNHO/2020 | 11/07/2020 | 298 | 254,97 |

ROHARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 8986768658249

| DADOS DA LEITURA | | | | | | | |
|------------------------------|------------------|---------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Atual: | 18/06/2020 | Anterior: | 19/05/2020 | Próxima leitura: | 21/07/2020 | | |
| Emissão: | 17/06/2020 | Apresentação: | 18/06/2020 | Dias de consumo: | 30 | | |
| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | | | |
| Grupo/Subgrupo | Classe/Subclasse | Ligaçao | Número Medidor | Faturamento | Modalidade | | |
| 1.1.1.2 | RESIDENCIAL | BIF | 11ED0881198 | NORMAL | CONVENC | | |
| DADOS DA LEITURA (kWh) | | | | | | | |
| | MMR TOTPIA | MMR TOTPIA | MMR FPONTA | MMR FPONTA | MMR INTERMED | MMR INTERMEL | MMR RESERVADO |
| Leit. Atual | 27842 | | | | | | |
| Leit. Anterior | 27544 | | | | | | |
| Constante | 1.000 | | | | | | |
| Resíduos | | | | | | | |
| Medido | 298 | | | | | | |
| Faturado: | 298 | | | | | | |

| CONSUMO | DESCRITIVO | VALOR |
|--------------------|----------------------|-----------------|
| ILUMINACAO PUBLICA | 298 A R\$ 0,25000000 | 225,95 29,92 |

| OUTRAS INFORMAÇÕES | HISTÓRICO |
|--|-----------------------------------|
| TARIFA DE TRABALHO R\$ 0,25 - R\$ 0,27770 | 0 52 5 60 194 239 280 323 298 298 |



Para contato com a Roraima Energia
informe este número:

0832588-0

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Góes, 491 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.311.476/0001-44 | Insc. Estadual: 24.887.022-1

Nº DA NOTA FISCAL 5485128 FCAN®
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 23 de abril de 2002.

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizado pela SERAZ/368/03

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | DEBITO | DEBITO |
|------------|------------|--------|--------|
| JUNHO/2020 | 11/07/2020 | 298 | 254,97 |

ROHARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA
CPF: 8986768658249

| DATAS DA LEITURA | | | |
|------------------|------------|---------------|------------|
| Atual: | 18/06/2020 | Anterior: | 19/05/2020 |
| Emissão: | 17/06/2020 | Apresentação: | 18/06/2020 |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | |
|------------------------------|------------------|---------|----------------|-------------|------------|
| Grupo/Subgrupo | Classe/Subclasse | Ligaçao | Número Medidor | Faturamento | Modalidade |
| 1.1.1.2 | RESIDENCIAL | BIF | 11ED0881198 | NORMAL | CONVENC |

| DADOS DA LEITURA (kWh) | | | | | | | |
|------------------------|-------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
| | MM | BLUTADO | MM | BLUTADO | MM | BLUTADO | MM |
| Leit. Atual | 27842 | TOT/PTA | MM | BLUTADO | MM | BLUTADO | MM |
| Leit. Anterior | 27544 | TOT/PTA | FPonta | FPonta | INTERM | INTERM | INTERM |
| Constante | 1.000 | | | | | | |
| Resíduos | | | | | | | |
| Medido | 298 | | | | | | |
| Faturado: | 298 | | | | | | |

| CONSUMO | DESCRITIVO | VALOR |
|--------------------|------------------|--------|
| ILUMINACAO PUBLICA | 298 A R\$ 0,5744 | 225,95 |
| | | 29,92 |

| OUTRAS INFORMAÇÕES | | HISTÓRICO | |
|------------------------|--|-----------|-----|
| DATA DA TRIBUTAÇÃO: | | 194 | 196 |
| DE A 298 - R\$ 0,57778 | | 239 | 280 |
| | | | 323 |
| | | | 298 |
| | | | 298 |

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www1.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/BIBI/IOTECAWEB/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 falsa 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 José SANTANA FEIJÓ GUIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Xaimundo Nomiro Parvalho Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 79.602.012-04, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vltima inscrito (a) no CPF sob o Nº 79.602.012-04, 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 | Rua Gideão | Número | 312 |
| Bairro | Nova Carána | Cidade | Itapuã VISTA |
| Email | SANTANA.GUIMARÃESRR@gmail.com | Telefone comercial (DDD) | 195199169-3685 |

Boa Vista, 04 de Setembro de 2020

Local e Data



Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www1.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/BIBI/IOTECAWEB/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 falsa 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 José SANTANA FEITOZA GUIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Xaimundo Nomiro Parvalho Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.602.012-04, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vltima inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.602.012-04, 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.

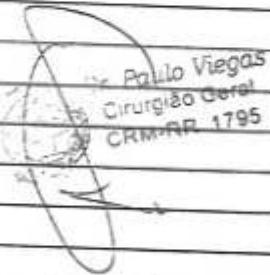
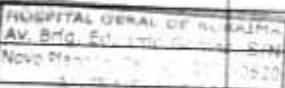
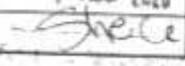
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|----------|-------------------------------|--------------------------|----------------|
| Endereço | Rua Gideão | Número | 312 |
| Bairro | Nova Carána | Cidade | Itapuã VISTA |
| Email | SANTANA.GUIMARÃESRR@gmail.com | Telefone comercial (DDD) | 195199169-3685 |

Boa Vista, 04 de Setembro de 2020

Local e Data


Assinatura do Declarante

| | | | | | | |
|---|---------------------|---|--|-----------------|---|--------------|
| 2001252161 | 25/06/2020 09:19:19 | FICHA DE ATENDIMENTO | | TRAUMATOLOGIA | DIURNO 07-19 | 5 |
| Paciente | | Data Nascimento | Idade | CNS | CPF | Prontuário |
| RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO | | 17/05/1982 | 38 A 1 M 8 D | 704500319220810 | 71960201204 | 00155065 |
| Tipo Doc Documento | | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo | Estado Civil | Raça/Cor |
| IDENTIDADE 192.578 | | SSP/RR | 29/11/2002 | M | SOLTEIRO(A) | PARDA |
| Mãe | | Naturalidade | | SANTA INES - MA | | |
| MARIA DE FATIMA ROGERIO CARVALHO | | Pai | | BRASILEIRA | | |
| Endereço | | RAIMUNDO NONATO CARVALHO | | Contato | | |
| RUA - PIRARARA - 471 - PISCICULTURA - BOA VISTA - RR | | | | (95) 99139-9812 | | |
| Class. de Risco | | Plano Convênio | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal |
| Motivo do Atendimento | | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso |
| ACIDENTE DE MOTO | | Caráter do Atendimento | | | | Pressão |
| Setor | | URGÊNCIA | | | | |
| GRANDE TRAUMA | | Tipo de Chegada | Procedimento Sol. | | | |
| Queixa Principal | | DEMANDA ESPONTÂNEA | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | | GSC AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) | | | | | | |
| Exame Físico | | Traume centro punho @ | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares | | <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: | | | | |
| PRESCRIÇÃO | | | | | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
| 1) AJ. Ontogênio | | | | | | |
|  | |  | | | 1 AGO 2020  | |
| Conduta | | <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação Até 24h <input type="checkbox"/> Alta a Revenda <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / / / | | | | |
| Óbito | | | | | | |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Destino: <input type="checkbox"/> Família | <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica | | | |

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



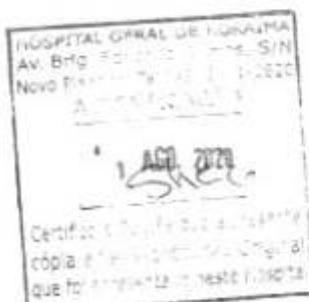
CONSIDERA

Amo con Muito em
Punko @.

Rx com Prova de
Risco Distorso em
Musica Poco conservada

ad. Gripe + Flu +
CM3. + Zoonose
+ LAROS. 400mg

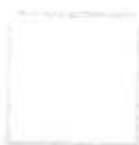
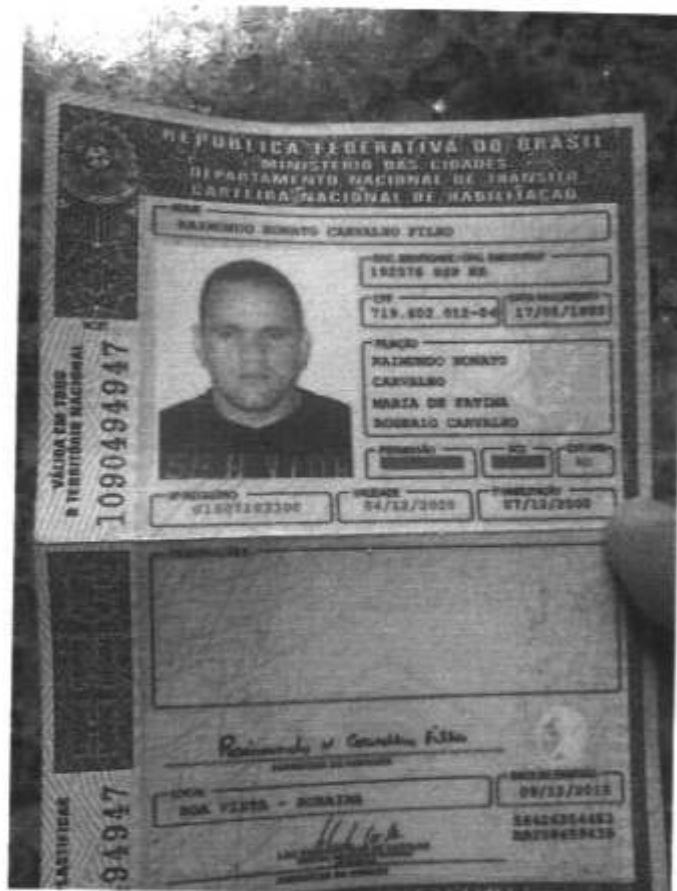
Dr. Adelito Pereira de Oliveira
Médico Especialista em Clínica - 1971
Médico Especialista em Cirurgia - 1971

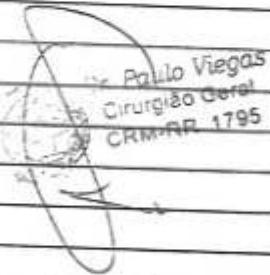
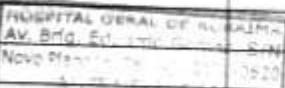
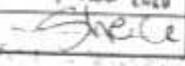




Junior

03/07/2020 às 3:15 PM



| | | | | | | |
|---|---------------------|--|------------------------|--|---|--------------|
| 2001252161 | 25/06/2020 09:19:19 | FICHA DE ATENDIMENTO | | TRAUMATOLOGIA | DIURNO 07-19 | 5 |
| Paciente | | Data Nascimento | Idade | CNS | CPF | Prontuário |
| RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO | | 17/05/1982 | 38 A 1 M 8 D | 704500319220810 | 71960201204 | 00155065 |
| Tipo Doc Documento | | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo | Estado Civil | Raça/Cor |
| IDENTIDADE 192.578 | | SSP/RR | 29/11/2002 | M | SOLTEIRO(A) | PARDA |
| Mãe | | Naturalidade | | SANTA INES - MA | | |
| MARIA DE FATIMA ROGERIO CARVALHO | | Pai | | BRASILEIRA | | |
| Endereço | | RAIMUNDO NONATO CARVALHO | | Contato | | |
| RUA - PIRARARA - 471 - PISCICULTURA - BOA VISTA - RR | | | | (95) 99139-9812 | | |
| Class. de Risco | | Plano Convênio | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal |
| Motivo do Atendimento | | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso |
| ACIDENTE DE MOTO | | Caráter do Atendimento | | | | Pressão |
| Setor | | URGÊNCIA | | | | |
| GRANDE TRAUMA | | Tipo de Chegada | Procedimento Sol. | | | |
| Queixa Principal | | DEMANDA ESPONTÂNEA | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | | GSC AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) | | | | | | |
| Exame Físico | | Traume centro punho @ | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares | | <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: | | | | |
| PRESCRIÇÃO | | | | | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
| 1) AJ. Ontogênio | | | | | | |
|  | |  | | | 1 AGO 2020  | |
| Conduta | | <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Reversa <input type="checkbox"/> Transferência para: | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: / / / / | | | | |
| Óbito | | | | | | |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Destino: <input type="checkbox"/> Família | | <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica | | |

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



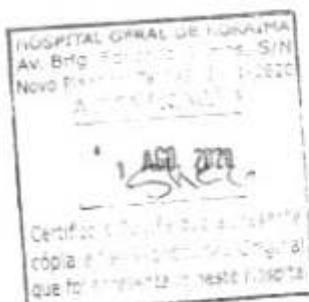
CONSIDERA

Amo con Muito em
Punko @.

Rx com Prova de
Risco Distorso em
Musica Poco conservada

ad. Gripe + Flu +
CM3. + Zoonose
+ LAROS. 400mg

Dr. Adelito Pereira de Oliveira
Médico Especialista em Clínica - 1971
Médico Especialista em Cirurgia - 1971





Junior

03/07/2020 às 3:15 PM







PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
NOME: Raimundo Nonato da Conceição
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGENTE FORTARIAN RG: 62.738 SSP/RR
CPF: 225.978.292-91 ENDEREÇO: RUA SARGINHA N° 803
BAIRRO: SANTA TEREZA CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69

VITIMA: _____ DATA DO ACIDENTE: _____
CPF: _____
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:
NOME: José Santana Feitora (inicial)
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ALUNO
Nº. DO RG: 14876399-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/RR
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº. DO CPF: 622.942.503-69
ENDERECO: RUA GIDEÃO N° 312 BAIRRO: NOVA CANAã

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 12 de maio de 2020

Raimundo Nonato da Conceição
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
NOME: Raimundo Nonato da Conceição
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGENTE FORTARIAN RG: 62.738 SSP/RR
CPF: 225.978.292-91 ENDEREÇO: RUA SARGINHA N° 803
BAIRRO: SANTA TEREZA CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69

VITIMA: _____ DATA DO ACIDENTE: _____
CPF: _____
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:
NOME: José Santana Feitora (inicial)
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ALUNO
Nº. DO RG: 14876399-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/RR
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº. DO CPF: 622.942.503-69
ENDERECO: RUA GIDEÃO N° 312 BAIRRO: NOVA CANAã

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 12 de maio de 2020

Raimundo Nonato da Conceição
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200366941 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO CARVALHO **Data do acidente:** 25/06/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/10/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO (SEM DESVIO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. 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: PÁG.2

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 |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255218/20

Vítima: RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO

CPF: 719.602.012-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2020

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO : 719.602.012-04

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: 10/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO