

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
3394627920220302171010

Processo 0800457-84.2022.8.23.0010 ☆ - (51 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Selos:

Simplificar: <https://simplificar.tjrr.jus.br/fluxos-da-area-judicial>

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 20 de abril de 2022 às 10:20:00

Intimações aguardando cumprimento: Ver Intimação Evento de 03/02/2022 - Prazo até 20/04/2022: EXPEDIÇÃO DE LINK DE CUMPRIR PRAZO AUDIÊNCIA

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: Magistrado Servidor Advogado Membro MP Defensor Procurador Outros Audiência

Ocultar Movimentos: Inválidos Sem Arquivo Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: Advogado Advogado NPJ Entidades Remessa Magistrado Procurador Servidor

Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à

Descrição:

19 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 19

500 por pág. ▾

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
<input type="checkbox"/>	19	02/03/2022 17:10:10	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
19.1	Arquivo: Contestação	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⋮ 2851564CONTESTACAO01.pdf	Público
19.2	Arquivo: Anexo 02	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⋮ 2851564CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
19.3	Arquivo: Anexo 02	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⋮ 2851564CONTESTACAOAnexo03.pdf	Público
19.4	Arquivo: kit seguradora	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⋮ KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
18	13/02/2022 22:13:31	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 14/02/2022 com prazo de 20 de Abril de 2022 *Referente ao evento (seq. 12) EXPEDIÇÃO DE LINK DE AUDIÊNCIA (03/02/2022) e ao evento de expedição seq. 14.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
17	13/02/2022 09:21:52	RENÚNCIA DE PRAZO DE FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE LINK DE AUDIÊNCIA (03/02/2022)	Wallyson Barbosa Moura Advogado	



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

Processo n.º 08004578420228230010

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 DE ASSIS BARBOSA GOMES**, 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 **03/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **30/11/2020**.

Cumprido 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnano 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/2015.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 30/11/2020 após 1 ANO E 3 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 03/08/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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 DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Primeiramente, analisando o referido documento, o mesmo encontra-se incompleto, não havendo como se comprovar a dinâmica dos fatos e nem mesmo a autoria do referido documento, já que uma hora informa a data de 03/08/2019 outra hora informa a data de 13/08/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/11/2020 21:51:53 Data/Hora Fim: 30/11/2020 21:52:21
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 13/08/2020 16:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Pintolândia
Logradouro: N-9
Tipo do Local: Via Pública

Nº: s/n

RELATO/HISTÓRICO

Que o comunicante acima qualificado relata que: "Eu trabalho como entregador do supermercado gavião, e no presente dia e horário acima citado eu estava de serviço nesse supermercado, que eu recebi o pedido para ser entregue no endereço situado na rua n-9, que a empresa disponibilizou a motocicleta, marca honda, modelo cg 150 fan esdi de placa nuk-8878 para fazer essa entrega, que a entrega aconteceu tudo certo, quando na volta ao supermercado na rua n-17, entre as rua n-13 e a n-11 bairro pintolandia, um cachorro sai de surpresa de um quintal, que não pude desviar pois tudo aconteceu muito rápido, foi quando eu atingir bruscamente o animal, que nesse momento fui arremessado de minha motocicleta, sofrendo assim diversas lesões."

QUE o comunicante compareceu nessa UP para aditar/acrescentar/corrigir nesse B.O. para fins de garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT: QUE a data do acidente foi informada erroneamente que nesse B.O consta dia e horário do fato, 03/08/2020 - 16:30 horas, sendo este errado, que o correto é 03/08/2019 à 16:30 horas, que para confirmar o presente feito exibi/apresenta FOTOCÓPIA do seu PRONTUÁRIO MÉDICO do acidente automobilístico (EM ANEXO). É o aditamento/acréscimo/correção.

Ademais, confrontando-se o documento boletim de atendimento medico, verifica-se clara divergência, no momento que consta nesta declaração que a vítima esteve sendo atendida em 03/08/2019, portando em período divergente ao sinistro noticiado.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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 irretroatável 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **03/08/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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 parciais.

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 STJ.

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 apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA 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 citação.

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 ação.

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

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

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

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 858, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 23 de fevereiro de 2022.

DIEGO PAULI
858 - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **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 **DIEGO PAULI**, inscrito na **858 - 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 DE ASSIS BARBOSA GOMES**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08004578420228230010.

Rio de Janeiro, 23 de fevereiro de 2022.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

1234567

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

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado**

improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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.

(...)

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200330481

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 03/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200330481

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 03/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200330481

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 03/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

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 03/08/2019, emitido pelo Dr. Fernando Andre Martins Ferreira CRM nº 1643 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORÂIMA, 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: 567.916.582-13 4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Gonçalves

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

5 - Nome completo: Francisco das Chagas Gonçalves 6 - CPF: _____
 7 - Profissão: Serviço Exato 8 - Endereço: R. Av. S. O. P. M. Marsson Rodrigues 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Paraná 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-570
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 9913-3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 3906 CONTA: 0003534 9
(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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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 07 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco das Chagas Gonçalves
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves



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 9168-7209

Ocorrência Nº: 9454/2020 - Registrado em: 23/08/2020 às 22h 54min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 03/08/2019 às 16h 30min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: N-9

Bairro: PINTOLANDIA

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº S/N

CEP

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES(39), nascido(a) em 02/10/1980, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de MOTORISTA, CPF Nº 719.367.772-15, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARIA BARBOSA GOMES e , endereço: RUA, cep: 69317-225, Nº: 492, bairro: ALVORADA, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, Telefone: (95) 99124-6348.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	MODELO CG 150 FAN ESDI DE PLACA NUK-8878

RELATO DA OCORRÊNCIA

AO COMPARECER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE EU TRABALHO COMO ENTREGADOR DO SUPERMERCADO GAVIÃO, E NO PRESENTE DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU ESTAVA DE SERVIÇO NESSE SUPERMERCADO, QUE EU RECEBI O PEDIDO PARA SER ENTREGUE NO ENDEREÇO SITUADO NA RUA N-9, QUE A EMPRESA DISPONIBILIZOU A MOTOCICLETA, MARCA HONDA, MODELO CG 150 FAN ESDI DE PLACA NUK-8878 PARA FAZER ESSA ENTREGA, QUE A ENTREGA ACONTECEU TUDO CERTO, QUANDO NA VOLTA AO SUPERMERCADO NA RUA N-17, ENTRE AS RUA N-13 E A N-11 BAIRRO PINTOLANDIA, UM CACHORRO SAI DE SURPRESA DE UM QUINTAL, QUE NÃO PUDE DESVIAR POIS TUDO ACONTECEU MUITO RÁPIDO, FOI QUANDO EU ATINGIR BRUSCAMENTE O ANIMAL, QUE NESSE MOMENTO FUI ARREMESSADO DE MINHA MOTOCICLETA, SOFREDO ASSIM DIVERSAS LESÕES.

AFIRMO QUE A PRESENTE DECLARAÇÃO QUE DEI ORIGEM TRATA-SE DE INTEIRA VERACIDADE PODENDO RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO, SE NELA HOVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO (ART. 339 E 340 DO CPB).

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

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRONICAMENTE

FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES
COMUNICANTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00024675/2020-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/09/2020 08:10:52 Data/Hora Fim: 24/09/2020 08:10:52

Origem:

Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 03/08/2019 16:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pintolândia

Logradouro: N-9

Tipo do Local: Via Pública

Nº: s/n

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 02/10/1980	Idade: 39
Profissão: Motorista			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Boa Vista - RR	
Nome da Mãe: Maria Barbosa Gomes			

Documento(s)

RG: 249716

CPF: 719.367.772-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ANTONIO RIBEIRO DE LIMA

Nº: 492

Bairro: Alvorada

Email: fd0109825@gmail.com

Telefone: (95) 99124-6348 (Celular) (95) 99170-1396 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 05.730.257/0001-12	Placa NUK8878
Renavam 01066268760	Número do Motor KC16E8F203453
Número do Chassi 9C2KC1680FR203453	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015
Cor VERMELHA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 29/11/2019	Situação do Veículo RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00024675/2020-A02

Nome Envolvido

Francisco de Assis Barbosa Gomes

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que o comunicante acima qualificado relata que: "Eu trabalho como entregador do supermercado gavião, e no presente dia e horário acima citado eu estava de serviço nesse supermercado, que eu recebi o pedido para ser entregue no endereço situado na rua n-9, que a empresa disponibilizou a motocicleta, marca honda, modelo cg 150 fan esdi de placa nuk-8878 para fazer essa entrega. que a entrega aconteceu tudo certo, quando na volta ao supermercado na rua n-17, entre as rua n-13 e a n-11 bairro pintolandia, um cachorro sai de surpresa de um quintal, que não pude desviar pois tudo aconteceu muito rápido, foi quando eu atingir bruscamente o animal, que nesse momento fui arremessado de minha motocicleta, sofrendo assim diversas lesões."

QUE o comunicante compareceu nessa UP para aditar/acrescentar/corriger nesse B.O. para fins de garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT; QUE a data do acidente foi informada erroneamente que nesse B.O consta dia e horário do fato, 03/08/2020 - 16:30 horas, sendo este errado, que o correto é 03/08/2019 2 16:30 horas, que para confirmar o presente feito exhibi/apresenta FOTOCÓPIA do seu PRONTUÁRIO MÉDICO do acidente automobilístico (EM ANEXO). É o aditamento/acrécimo/correção.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção

Matrícula 020116684

Responsável pelo Atendimento

Francisco de Assis Barbosa Gomes

Comunicante

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

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: 567.916.582-13 4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Gonçalves

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

5 - Nome completo: Francisco das Chagas Gonçalves 6 - CPF: _____
 7 - Profissão: Serviço Exato 8 - Endereço: R. Av. S. O. P. M. Marsson Rodrigues 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Paraná 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-570
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 9913-3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 3906 CONTA: 0003534 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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 07 de Agosto de 2020
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco das Chagas Gonçalves
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Emílio Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.907.022-3

Nº DA NOTA FISCAL 5336935 FCAH*

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ RR/13

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2020	01/07/2020	170	163,57

FRANCISCO DE SOUSA VIEIRA CPF: 00096534427320
R. ANTONIO RIBEIRO LIMA 49/ 1 - ALVORADA
CEP: 69.317-225 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual:	09/06/2020	Anterior:	08/05/2020	Próxima leitura:	09/07/2020
Emissão:	08/06/2020	Apresentação:	09/06/2020	Dias de consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	13LD008719	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (KWH)

	KWH TOTAL	KWH RESERVADO
Leit. Atual	8385	
Leit. Anterior	8135	
Constante	1,000	
Resíduo		
Medido	170	
Faturado:	170	

DESCRIÇÃO DA CONTA

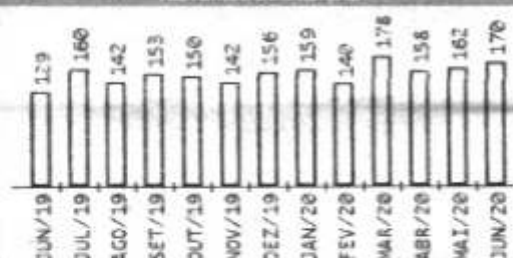
CONSUMO	170 A R\$ 0,755234 =	128,38
CORREÇÃO MONETARIA DA	03/20-00	0,04
CORREÇÃO MONETARIA IG	03/20-00	1,68
MULTA POR ATRASO DE T	03/20-00	1,64
JUROS DE MORA POR ATR	03/20-00	0,36
MULTA POR ATRASO	03/20-00	2,72
JUROS DE MORA DE IMPO	03/20-00	1,81
ILUMINACAO PUBLICA		26,94

OUTRAS INFORMAÇÕES

INFORMAÇÃO DE CONTAS
V. P. 170 - 0,511770

Média 12 meses: 152

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24/06/2020, em função das contas realizadas nesta fatura. O recibo também poderá apresentar também o inclusão do do nome do consumidor no CNPJ. Informações ainda existentes: contas vencidas e já realizadas no valor de R\$ 155,45 (ver histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mês Anterior Valor R\$
05/2020 155,45

LIGUE 0800919122 E PAGUE APÓS VENCIMENTO 16/11/16 21:26.

RESERVADO AO FISCO 7788-8885-4145-A200-4010-682F-8F19-F18A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	70,27
Iluminação:	30,78
Transmissão:	0,00
Encargos:	3,98
Perdas:	

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	128,38
ALÍQUOTA	VALOR
ICMS 17,00%	21,82

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	2,40		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	2,00		
DMIC	Mensal	DICRI	Mensal
Limite	4,99	Limite	
Realizado	0,00	Realizado	

**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: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

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 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
--------------------------------------	------------------------------	---

83640000052.522500750008.000000000703.349403200059



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/DÓCORIGINAL.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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco das Chagas Gonçalves inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.916.582 / 15
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Francisco das Chagas Gonçalves
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.916.582 / 15 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 CC 11</u>		Número: <u>294</u>	Complemento:
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.318-050</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>			Tel. (DDD): <u>9913-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 10 de Junho de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

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

1ª Classificação: _____
Reclassificação: _____
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação: _____
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação: _____
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Daniel L. Salazar

Enfermagem

C.R. 001.058.65 - 15

1901143845	03/08/2019 16:58:50	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	24
Paciente FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES		Data Nascimento 02/10/1980	Idade 38 A 10 M 1 D	CNS 702305135876616	CPF 71936777215	Prontuário
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 249716	Orgão Emissor RR	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil DIVORCIADO	Raça/Cor PARDA
Mãe MARIA BARBOSA GOMES		Pai JOSE BARBOSA GOMES		Naturalidade SAO JOSE DE MIPIUBRASILEIRA	Nacionalidade - RN	Contato
Endereço AVENIDA - DOS GARIMPEIROS - 711 - ALVORADA - BOA VISTA - RR					Ocupação NÃO INFORMADA	
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	N° da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.		Registrado por: WALDEMAR.STOCKER		
Queixa Principal <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue colisão contra cachorro						
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL	15
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Refere ter caído ao andar com cachorro						
Exame Físico na mobilização de braco (E)						
Hipótese Diagnóstica fratura ?						
SADT - Exames Complementares <input 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		
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 Revelia <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 Dr. Fernando André Martins Franco Cirurgião Oncologista de Cabeça e Pescoço CRM: 1901143845			
Impresso por: waldemar.stocker Data Hora: 03/08/2019 16:59:45			1901143845			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Papiloscópico do Polícia Civil

Estado de RR

2 VIA

LEI Nº 7.118 DE 26/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260288/20

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

CPF: 719.367.772-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
BARBOSA GOMES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES : 719.367.772-15

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: 15/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200330481 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 03/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO BRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.1
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: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200330481 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 03/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO BRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.1
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: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Franlucio de Assis Barbosa Gomes
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: _____
CPF: 719.367.779-15 ENDEREÇO: R. Antonio Ribeiro Lima 492
BAIRRO: Alvorada CIDADE: _____
CEP: 69.317-223

VÍTIMA: Franlucio de Assis Barbosa Gomes
CPF: 719.367.779-15 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: D.A.M.S. INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franck
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-80
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Laura Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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, 02 de Junho de 2020

Franlucio de Assis B. Gomes
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260288/20

Número do Sinistro: 3200330481

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

CPF: 719.367.772-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
BARBOSA GOMES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260288/20

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

CPF: 719.367.772-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
BARBOSA GOMES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES : 719.367.772-15

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: 15/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034654

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 13/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034654

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 13/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034654

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 13/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034654

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 13/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: $12,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

Recebedor: **FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003906**

Conta: **000003534-9**

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



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/05/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000003534-9

Nr. da Autenticação B2A840FBB9F7C63A

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: 719.367.772-15 4 - Nome completo da vítima: Francisco de Assis Barbosa Gomes

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

5 - Nome completo: Francisco de Assis Barbosa Gomes 6 - CPF: 719.367.772-15
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: R. Antonio Ribeiro Lima
9 - Número: 492 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Alvorada 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-225
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____
19 - Profissão do Representante Legal: _____
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: 3906 CONTA: 00003534 9
(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)

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Solteiro Casado (vivo) Divorçado Separado judicialmente Viúvo

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

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) _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: Boa Vista RR 08 de Dezembro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco de Assis Barbosa Gomes

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00024675/2020-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/11/2020 21:51:53 Data/Hora Fim: 30/11/2020 21:52:21
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegário Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 13/08/2020 16:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pintolândia

Logradouro: N-9

Tipo do Local: Via Pública

Nº: s/n

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 02/10/1980

Idade: 40

Profissão: Motorista

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: Maria Barbosa Gomes

Documento(s)

RG: 249716

CPF: 719.367.772-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ANTONIO RIBEIRO DE LIMA

Nº: 492

Bairro: Alvorada

Email: fd0109825@gmail.com

Telefone: (95) 99124-6348 (Celular) (95) 99170-1396 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 05.730.257/0001-12	Placa NUK8878
Renavam 01066268760	Número do Motor KC16E8F203453
Número do Chassi 9C2KC1680FR203453	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015
Cor VERMELHA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 29/11/2019	Situação do Veículo RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Fernando Edson Olegário Gomes



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00024675/2020-A03

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco de Assis Barbosa Gomes	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que o comunicante acima qualificado relata que: "Eu trabalho como entregador do supermercado gavião, e no presente dia e horário acima citado eu estava de serviço nesse supermercado, que eu recebi o pedido para ser entregue no endereço situado na rua n-9, que a empresa disponibilizou a motocicleta, marca honda, modelo cg 150 fan esd de placa nuk-8878 para fazer essa entrega, que a entrega aconteceu tudo certo, quando na volta ao supermercado na rua n-17, entre as rua n-13 e a n-11 bairro pintolandia, um cachorro sai de surpresa de um quintal, que não pude desviar pois tudo aconteceu muito rápido, foi quando eu atingir bruscamente o animal, que nesse momento fui arremessado de minha motocicleta, sofrendo assim diversas lesões."

QUE o comunicante compareceu nessa UP para aditar/acrescentar/corrigir nesse B.O. para fins de garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT; QUE a data do acidente foi informada erroneamente que nesse B.O consta dia e horário do fato, 03/08/2020 - 16:30 horas, sendo este errado, que o correto é 03/08/2019, 16:30 horas, que para confirmar o presente feito exhibi/apresenta FOTOCÓPIA do seu PRONTUÁRIO MÉDICO do acidente automobilístico (EM ANEXO). É o aditamento/acréscimo/correção.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS



Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção

Matrícula 020116984

Responsável pelo Atendimento

Francisco de Assis Barbosa Gomes

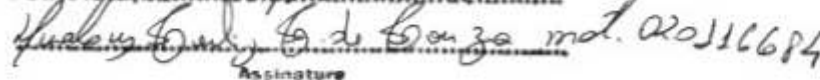
Comunicante

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

AUTENTICAÇÃO

**Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.**

Boa Vista, 30 de Novembro de 2020

 mat. 020116984

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00024675/2020-A04

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/03/2021 11:15:48 Data/Hora Fim: 03/03/2021 11:17:13

Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato Início: 13/08/2020 16:30

Data/Hora do Fato Fim:

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pintolândia

Logradouro: N-9

Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES (COMUNICANTE , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 02/10/1980

Idade 39

Profissão: Motorista

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: MARIA BARBOSA GOMES

Nome do Pai: JOSE BARBOSA GOMES

Documento(s)

RG: 249716

CPF: 719.367.772-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R ANTONIO RIBEIRO LIMA

Nº: 492

Bairro: Alvorada

Email: fd0109825@gmail.com

Telefone: (95) 99124-6348 (Celular) (95) 99170-1396 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 05.730.257/0001-12

Placa NUK8878

Renavam 01066268760

Número do Motor KC16E8F203453

Número do Chassi 9C2KC1680FR203453

Ano/Modelo Fabricação 2015/2015

Cor VERMELHA

UF Veículo RR

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Última Atualização Denatran 29/11/2019

Situação do Veículo
 RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
 ULOS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00024675/2020-A04

Nome Envolvido	Envolvimentos
FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que o comunicante acima qualificado relata que: "Eu trabalho como entregador do supermercado gavião, e no presente dia e horário acima citado eu estava de serviço nesse supermercado, que eu recebi o pedido para ser entregue no endereço situado na rua n-9, que a empresa disponibilizou a motocicleta, marca honda, modelo cg 150 fan esdi de placa nuk-8878 para fazer essa entrega. que a entrega aconteceu tudo certo, quando na volta ao supermercado na rua n-17, entre as rua n-13 e a n-11 bairro pintolandia, um cachorro sai de surpresa de um quintal, que não pude desviar pois tudo aconteceu muito rápido, foi quando eu atingir bruscamente o animal, que nesse momento fui arremessado de minha motocicleta, sofrendo assim diversas lesões."

QUE o comunicante compareceu nessa UP para aditar/acrescentar/corrigir nesse B.O. para fins de garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT; QUE a data do acidente foi informada erroneamente que nesse B.O consta dia e horário do fato, 03/08/2020 - 16:30 horas, sendo este errado, que o correto é 03/08/2019 à 16:30 horas, que para confirmar o presente feito exhibi/apresenta FOTOCÓPIA do seu PRONTUÁRIO MÉDICO do acidente automobilístico (EM ANEXO). É o aditamento/acrécimo/correção.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção
Matrícula 020116684

Responsável pelo Atendimento

FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Comunicante, Vítima

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023559/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/08/2020 22:43:03 Data/Hora Fim: 14/08/2020 06:36:59
Origem: Órgão: Polícia Militar Tipo Documento: Relatório de Atendimento Policial Nº do Documento: ROP Nº 812569 SERIE I
Data: 13/08/2020
Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato Início: 13/08/2020 17:30

Data/Hora do Fato Fim:

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Alvorada
Logradouro: Av. Ataíde Teive
Ponto de Referência: invasão nova esperança
Tipo do Local: Via Pública
Descrição do Local: invasão nova esperança

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JHONATAN DA SILVA SOUSA (ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 17/06/1993	Idade 27
Profissão: Autônomo			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Boa Vista - RR	
Nome da Mãe: Eva da Silva Sousa			

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA TUXAUA DE FARIAS BONFIM Nº: 1018
Bairro: Centro
Telefone: (95) 99132-0278

Nome Civil: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES (ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 02/10/1980	Idade 39
Profissão: Motorista			
Estado Civil: Sem Informação		Naturalidade: Boa Vista - RR	

Documento(s)

RG: 249716
CPF: 719.367.772-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ANTONIO RIBEIRO DE LIMA Nº: 492



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023559/2020

Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99170-1396

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Cb Pm Silva

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição GM/ZAFIRA CD	CPF/CNPJ do Proprietário 382.766.742-91
Placa JXK7059	Renavam 00795837801
Número do Motor 1C0015380	Número do Chassi 9BGTT75B02C149651
Ano/Modelo Fabricação 2002/2002	Cor CINZA
UF Veículo RR	Município Veículo Bonfim
Marca/Modelo GM/ZAFIRA CD	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 13/09/2019
Situação do Veículo RENAINF	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jhonatan da Silva Sousa	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA/CG150 FAN ESDI	CPF/CNPJ do Proprietário 05.730.257/0001-12
Placa NUK8878	Renavam 01066268760
Número do Motor KC16E8F203453	Número do Chassi 9C2KC1680FR203453
Ano/Modelo Fabricação 2015/2015	Cor VERMELHA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 29/11/2019
Situação do Veículo RESTRICAO BENEFICIO TRIBUTARIO FILE VEICULOS	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco de Assis Barbosa Gomes	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

CONFORME ROP PM: Fomo acionado via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito, quando chegaram ao local o Sr. Francisco estava sendo atendido por uma equipe do SAMU, e foi conduzido ao PS. Que Francisco relata que trafegava pela via Afaide Teive, sentido centro-bairro na motocicleta com reboque, sinalizando que iria realizar conversão a esquerda ao mesmo momento que Jhonatan tentou ultrapassá-lo colidindo na traseira lateral esquerda do veículo Zafira acima descrito; Que Francisco não sabe informa o momento que o carro sinalizou a ultrapassagem. Era o relato.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023559/2020

ASSINATURAS

Washington Baião da Silva

Agente de Polícia
Matrícula 42000335
Responsável pelo Atendimento

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA

Comunicante

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

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 31 de 03 de 2021

Quelany Cordeiro G. de Souza mat. 020116684

Assinatura

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: **719.367.772-15** 4 - Nome completo da vítima: **Francisco de Assis Barbosa Gomes**

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

5 - Nome completo: **Francisco de Assis Barbosa Gomes**
 6 - CPF: **719.367.772-15**
 7 - Profissão: _____
 8 - Endereço: **R. Antonio Ribeiro Lima**
 9 - Número: **492** 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: **Alvorada** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.317-225**
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **99113-3855**

DADOS CADASTRAIS

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: **3906** CONTA: **00003534** **9**
(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir)

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Solteiro Casado (nôvo) Divorçado Separado judicialmente Viúvo

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

NÃO ALFABETIZADO

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) _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: **Boa Vista RR 8 de Dezembro de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Francisco de Assis Barbosa Gomes**

43 - Assinatura do Procurador (se houver): **William Gonçalves**

**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: 6550654

FRANCISCO DE SOUSA VIEIRA

R. ANTONIO RIBEIRO LIMA, 492, 1

ALVORADA

69317225 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1224824	MÊS 12/2020	PERÍODO DE CONSUMO 09-NOV-20 a 09-DEC-20
CONSUMO (kWh) 146	VENCIMENTO 01-JAN-21	TOTAL A PAGAR R\$ 150,14

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 1224824	MÊS 12/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 150,14
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836900000016.501400750003.000000001222.482412200057



**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: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

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**

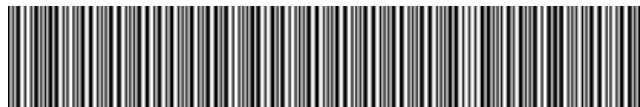
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

83640000052.522500750008.000000000703.349403200059



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)
Capitals 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 RESSGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343, 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco de Assis Barbosa G inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.367.772 15
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco de Assis Barbosa G
inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.367.772 15, 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 CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento:
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco99@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 08 de Dezembro de 2020William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA

2000793828 13/08/2020 17:59:22 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA TARDE 13-19 113

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES	02/10/1980	39 A 10 M 11 D	702305135876616	71936777215	00006229			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	249716	RR		M	DIVORCIADO	BRANCA	SAO JOSE DE MIPIBU	BRASILEIRA
Mãe	MARIA BARBOSA GOMES		JOSE BARBOSA GOMES			- RN Contato		
Endereço	AVENIDA DOS GARIMPEIROS, 711 - BOA VISTA - RR - ALVORADA CEP:69317181			CEP:	69.317-181		Ocupação NÃO INFORMADA	

Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
AMARELO	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA			37,1		130 x 90
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:		
RECEPÇÃO SPA / URG / E	DEMANDA ESPONTANEA			EIMAR		

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

REFERE DOR EM MSE POS ACIDENTE NEGA SINTOMAS GRIPAIS

Anamnese de Enfermagem SPO2 98, FC 88

GSC TOTAL
AC: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)

*História de melhora progressiva,
sem vômitos.*

Deluzia

Exame Físico *Por no exame c/ dificuldade de ausculta.*

Hipótese Diagnóstica

Fratura braço (E).

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>1) Analgésico 1000mg, 6x, 15 dias</i>		
<i>2) Dipirona 1g, 2x, 5 dias</i>		
<i>Receber c/ radiografia do braço</i>		

Condução

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

Diogo Marques
Farmacológico

CONFERE COM ORIGINAL
Daltazar
Médico
2035



Em 06 / 11 / 2020

Ass: *maria da graça*

Empresa

Razão social: **SUPERMERCADO GAVIAO LTDA F1**
CNPJ: 05.730.257/0001-12
Endereço: AVENIDA DOS GARIMPEIROS, 332 - ALVORADA
Cidade/UF: BOA VISTA-RR CEP: 69317-181

Funcionário

Nome: **FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES**
RG/CPF: 249716RR / 719.367.772-15
Nascimento/Idade: 02/10/1980 - 40 anos
Função: ENTREGADOR
Setor: ENTREGA

Riscos

NENHUM RISCO

Avaliação Clínica

Avaliação Clínica (01/02/2021)

Exames complementares realizados

nenhum exame complementar

EM CUMPRIMENTO ÀS PORTARIAS NPS 3214/78, 3154/82, 12/83, 24/94 E 08/96 NR7 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO PARA FINS DE EXAME:

Retorno ao Trabalho - 01/02/2021

Parecer

() Apto (X) Inapto () Apto com restrições

Médica coordenador do PCMSO

- /

Observações

*Marlene de Andrade
Médica Especialista em Medicina do Trabalho
Título de Especialista do Trabalho
CRM-RR 171.078-1/11*

BOA VISTA-RR, 1 de FEVEREIRO de 2021

Médico Examinador

FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES
FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

RECEBI DE ANDRADE E MOTA LTDA ME A 2ª VIA DO ASO Retorno ao Trabalho nº 23357 EM 01/02/2021

Laudo Médico

Sr. Francisco de Assis Borboza Gomes. RG 249716 SSP/2
vítima de acidente automobilístico em 13/08/2020, tendo
luxação ombro esquerdo e fratura escápula esquerda. Foi
realizado tratamento conservador. Após alta ortopédica,
periciando a presente limitação e da a mobilidade
do ombro esquerdo, em prometer sua atividades
laborativas. Periciando no momento não
podendo prover meios. Encertra-se a guardado
atendimento no Hospital Coronel Hote sem previsão
devido Pandemia COVID-19.

Bom dia, 12/01/2021

Dr. Francisco F. Farias
Matrícula: 043002387
CRM 365-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDELIO CRUZ



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Papiloscópico do Polícia Civil

Estado de RR

2 VIA

LEI Nº 7.118 DE 26/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR
1833591852

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1833591852

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ADMINISTRAÇÃO DE PROVEDORES DE DIÁLOGO
E MEDIÇÃO SOCIAL DO BRASIL (PROVEDOR AM)

Nome: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES



NO estado de São Paulo
289718 SSP SP

718.359.772-15 (data nascimento) 02/10/1980

Assinatura: JOSE BARBOSA GOMES

Nome: JOSE BARBOSA GOMES

CPF: 18.03.2004

RG: 18/01/2024

Matrícula: 03240492324



Assinatura por meio de CTR

Nome: ROSA VIEIRA, SA

CPF: 0687113.9278

RG: 16/05/2028

ROSA VIEIRA

R

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210034654

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Ribeiro de Lima, 492, , Boa Vista/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 249716

Data e local do acidente: 13/08/2020 - Boa Vista/RR

Data e local do exame: 12/05/2021 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas: latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Vítima de queda de moto após colisão com carro com consequente fratura da escápula E

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima fez imobilização com tipoia americana; fez fisioterapia; alta em abril de 2021

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 150°, extensão aos 25°, abdução aos 120°, adução aos 20°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 50°, mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau médio.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

MSE: alteração anatômica em ombro E sugestivo de consolidação viciosa + atrofia em ombro/escápula/braço + comprometimento dos movimentos articulares + comprometimento da força motora do membro

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Superior Esquerdo - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dra. Regina Claudia Rodrigues Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031780/21

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

CPF: 719.367.772-15

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 13/08/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
BARBOSA GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES : 719.367.772-15

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: 28/01/2021
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2021
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034654 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 13/08/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da escápula esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 150°, extensão aos 25°, abdução aos 120°, adução aos 20°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 50°, mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento.

Resultados terapêuticos: Vítima fez imobilização com tipoia americana; fez fisioterapia; alta em abril de 2021.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em ombro esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/05/2021

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do examinador, permaneceu deficiência em ombro esquerdo em grau moderado.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034654 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 13/08/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da escápula esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 150°, extensão aos 25°, abdução aos 120°, adução aos 20°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 50°, mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento.

Resultados terapêuticos: Vítima fez imobilização com tipoia americana; fez fisioterapia; alta em abril de 2021.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em ombro esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/05/2021

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do examinador, permaneceu deficiência em ombro esquerdo em grau moderado.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034654 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 13/08/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X P.2(RELATÓRIO / HISTÓRICO: P.1(BAM) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034654 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 13/08/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X P.2(RELATÓRIO / HISTÓRICO: P.1(BAM) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 de Assis Barbosa Gomes
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: _____
CPF: 719.367.772-15 ENDEREÇO: R. Antonio Ribeiro Lima 492
BAIRRO: Alvorada CIDADE: Bom Jesus
CEP: 69.317-253

VÍTIMA: Francisco de Assis Barbosa Gomes
CPF: 719.367.772-15 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-80
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Loura Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalida a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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.

Bom Jesus RR, 02 de Junho de 20 20

Francisco de Assis B. Gomes
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031780/21

Número do Sinistro: 3210034654

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

CPF: 719.367.772-15

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 13/08/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
BARBOSA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031780/21

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

CPF: 719.367.772-15

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/08/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
BARBOSA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES : 719.367.772-15

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: 28/01/2021
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2021
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031780/21

Número do Sinistro: 3210034654

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

CPF: 719.367.772-15

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/08/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
BARBOSA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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.