Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 27222965202005221523 10

Processo 0832124-93.2019.8.23.0010 - (226 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público
Recursos: Clique aqui para visualizar os recursos relacionados

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 ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor
Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à
Descrição:

48 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 48 — 500 por pág. — 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
48	22/05/2020 15:23:10	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE** Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO **Procurador**
47	20/05/2020 00:07:54	**DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A** (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 33) RECEBIDOS OS AUTOS (11/03/2020) e ao evento de expedição seq. 34.	SISTEMA CNJ
46	06/05/2020 09:33:53	**LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA** (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 06/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 41) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020) e ao evento de expedição seq. 42.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO **Procurador**
45	06/05/2020 08:59:44	**RENÚNCIA DE PRAZO DE ANTONIO SOUZA COSTA** Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020)	JOSIANE FERREIRA ALVES **Advogada**
44	06/05/2020 08:59:35	**LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA** (Pelo advogado/curador/defensor de ANTONIO SOUZA COSTA) em 06/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 41) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020) e ao evento de expedição seq. 43.	JOSIANE FERREIRA ALVES **Advogada**
43	05/05/2020 17:53:36	**EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO** Para advogados/curador/defensor de ANTONIO SOUZA COSTA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 41) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA **Analista Judiciária**
42	05/05/2020 17:53:36	**EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO** Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 41) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA **Analista Judiciária**
41	05/05/2020 17:53:20	**JUNTADA DE LAUDO**	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA **Analista Judiciária**
40	25/03/2020 10:27:16	**RENÚNCIA DE PRAZO DE ANTONIO SOUZA COSTA** Referente ao evento RECEBIDOS OS AUTOS (11/03/2020)	JOSIANE FERREIRA ALVES **Advogada**
39	14/03/2020 08:59:49	**LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA** (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 16/03/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 33) RECEBIDOS OS AUTOS (11/03/2020) e ao evento de expedição seq. 34.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO **Procurador**
38	12/03/2020 16:51:36	**JUNTADA DE COMPROVANTE** Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 27) em 11/02/2020 - Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020). Parte: ANTONIO SOUZA COSTA	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA **Analista Judiciário**
37	12/03/2020 12:08:59	**RETORNO DE MANDADO** Referente ao evento (seq. 27) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (11/02/2020 16:12:05). Parte: ANTONIO SOUZA COSTA	JOSE FELIX DE LIMA JUNIOR **Oficial de Justiça**
36	12/03/2020 10:47:51	**LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA** (Pelo advogado/curador/defensor de ANTONIO SOUZA COSTA) em 12/03/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 33) RECEBIDOS OS AUTOS (11/03/2020) e ao evento de expedição seq. 35.	JOSIANE FERREIRA ALVES **Advogada**
35	11/03/2020 10:24:04	**EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO** Para advogados/curador/defensor de ANTONIO SOUZA COSTA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 33) RECEBIDOS OS AUTOS (11/03/2020)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA **Analista Judiciário**
34	11/03/2020 10:24:04	**EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO** Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 33) RECEBIDOS OS AUTOS (11/03/2020)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA **Analista Judiciário**
33	11/03/2020 08:54:00	**RECEBIDOS OS AUTOS** Da instância superior. Agravo de Instrumento 9002137-19.2019.8.23.0000.	SISTEMA CNJ
32	10/03/2020 16:45:59	**HABILITAÇÃO PROVISÓRIA** Perito Oficial: Mariângela Nasário Andrade habilitado até 08/06/2020 (90 dias)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA **Analista Judiciário**
31	28/02/2020 00:09:15	**DECORRIDO PRAZO DE ANTONIO SOUZA COSTA** (P/ advgs. de ANTONIO SOUZA COSTA *Referente ao evento (seq. 23) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 24.	SISTEMA CNJ
30	17/02/2020 00:04:48	**LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA** (Pelo advogado/curador/defensor de ANTONIO SOUZA COSTA) em 17/02/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 23) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 24.	SISTEMA CNJ
29	15/02/2020 00:05:10	**DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A** (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 23) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 25.	SISTEMA CNJ
28	12/02/2020 13:01:56	**REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO** Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 27) em 11/02/2020 16:12:05. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: JOSE FELIX DE LIMA JUNIOR. Parte: ANTONIO SOUZA COSTA	Greiciane Jin **Servidora Central de Mandados**

48.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2657517IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL01.pdf	Público
48.2 Arquivo: Anexo 2	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2657517IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf	Público

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08321249320198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO SOUZA COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

Antes de expor seus argumentos quanto a perícia médica realizada na parte autora, vem informar a este juízo que diferentemente do que foi alegado, observando-se a documentação acostada, verificar-se que o autor não se encontra na situação prevista no Art.7º da Lei 6194/74, isto porque, o pedido do seguro DPVAT, refere-se ao veículo placa **NAU-8297**, de propriedade da parte autora.

Ocorre que o autor, não pagou o prêmio do seguro, estando o veículo em situação irregular pelo não pagamento do seguro obrigatório à época do sinistro.

Assim, tratando-se o requerente do proprietário do veículo que ensejou a lesão, não tendo este comprovado o pagamento do prêmio, não tem direito à cobertura securitária.

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Assim, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório.
Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 20 de maio de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

SAMU 192

Cad-01 Bravo II

FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: Equipe: Med. João Elyr, Humberto e Soldado

Paciente: Antonio Souza Costa Idade: 52 a Sexo: M

Endereço: Rua: Av. Olímpico B. Joquei Clube

CHAMADA

Nº 750 DATA 18/04/18 HORA 12:03

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dr. Elenza. 10:12:14.

MOTIVO [X] SOCORRO [X] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NO LOCAL [X] OUTRO 9.12:18

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AUTOMOVEL
Cinto [ ] SIM [ ] NÃO
Vítima [ ] projetada [ ] encarcerada
Air Bag: [ ] SIM [ ] NÃO
Motorista: [ ]
Passageiro [ ] dianteiro [ ] traseiro
[ ] Capotamento
[ ] Atropelamento
[ ] Colisão

MOTO: X Carro
[X] Condutor
[ ] Carona
Capacete [X] SIM [ ] NÃO
[ ] queda
[ ] Atropelamento
[X] Colisão X Carro

BICICLETA:
[ ] Condutor
[ ] Carona
[ ] queda
[ ] Atropelamento
[ ] Colisão

VIOLÊNCIA 10:12:28
[ ] FAB
[ ] PAF
[ ]
Espancamento
[ ] Violência Doméstica
[ ] Violência Sexual
[ ] Tentativa de suicídio
[ ] Outro

OUTROS
[ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto
[ ] Queda. Altura aprox.:
[ ] Acidente Doméstica
[ ] Queimadura Agente
[ ] Agressão p/ animal
[ ] Outros:

AVALIAÇÃO TOTAL

Vias Aéreas
[ ] Dispnéia
[ ] Bradpnéia
[ ] Taquipnéia
[ ] Resp. Ruidosa
[ ] Obstruída
[ ] Apnéia
[ ] Outro:

Ventilação
[ ] M.V. Diminuído
[ ] M.V. Ausente
[ ] Hipertimpanismo
[ ] Maciez
[ ] Ferida Aspirativa

Circulação
[ ] Bradicárdico
[ ] Taquicárdico
[ ] Arrítmico
[ ] Enchimento capilar acima de 2"
[ ] Ausente

Aval. Neurológica
[X] AVDN (A)
[ ] Miose
[ ] Midríase
[ ] Anisocoria
[ ] Otorréia
[ ] Otorragia
[ ] Rinorragia
[ ] Aparentemente alcoolizado
[ ] DNV

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O_2 %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início 12:15	12/9/90	95	20	98%	–	–	13	–
Fim 12:28	17/9/90	92	19	99%	–	–	13	–

EXAME FÍSICO SEGMENTAR

Pele
[X] Corada
[ ] Quente
[ ] Pálida
[ ] Fria
[ ] Úmida
[ ] Seca
[ ] Cianótica

Cabeça
[ ] Contusão
[ ] Escoriações
[ ] Laceração
[ ] Hematoma
[ ] Afundamento
[ ] Fer. Penetrante

Face
[ ] Contusão
[ ] Escoriações
[ ] Lacerações
[ ] Ferimento ocular

Pescoço
[ ] Escoriações
[ ] Lacerações
[ ] Hematoma
[ ] Desvio da traquéia
[ ] Enfisema Sub-Cutâneo

Tórax
[ ] Escoriações
[ ] Lacerações
[ ] Tórax Instável
[ ] Resp. paradoxal
[ ] Tamponamento

Abdome
[ ] Escoriações
[ ] Lacerações
[ ] Distendido
[ ] Em tábua
[ ] Doloroso
[ ] Evisceração

Pelve
[ ] Contusão
[ ] Escoriações
[ ] Dor
[ ] Instabilidade

Coluna Dorsal
[ ] Contusão
[ ] Hematoma
[ ] Dor

Membros
[ ] Contusão
[ ] Escoriações
[ ] Lacerações
[ ] Luxações
[ ] Fratura
[ ] Amputação

AVALIAÇÃO CARDÍACA

[X] Ritmo Sinusal
[ ] Taquicardia
[ ] Braquicardia
[ ] Flutter
[ ] Fibrilação atrial
[ ] Fibrilação ventricular
[ ] Assistolia

[ ] Respiratória
[ ] Neurológica
[ ] Psiquiátrica
[ ] Metabólica
[ ] Cardiovascular
[ ] Aborto

[ ] Digestiva
[ ] Infecciosa
[ ] Obstétrica
[ ] Pediátrica
[X] Outra

[ ] Diabetes
[ ] Cardiopatia
[ ] HAS
[ ] Medicação de uso

[X] Alergia Dipirona
[X] Outros ASMA.
NBZ

GRAVIDADE COMPROVADA [ ] ILESO [ ] SEVERA [ ] PEQUENA [ ] MORTE [ ] MÉDIA [X] INDETERMINADA [ ] OUTRO

Tiago Mendonça Dias
Médico Regulador e Carinhoso (Unidade de Destino)
CRM-RR 1885

SABEMI SEGURADORA S/A
04 DEZ 2018
RECEBIDO

INCIDENTE
[ ] Cancelamento
[ ] Recusa de Atendimento
[ ] Não se encontra a no local
[ ] Recusa de hospitalização
[ ] Trote
[ ] Bombeiro no local

MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS
[ ] Polícia Militar
[ ] Guarda Municipal
[ ] SMTRAN
[ ] Bombeiro
[ ] Outros:

RCP
[ ] Iniciada as:
[ ] RCP com sucesso
[ ] RCP sem sucesso
[ ] Obs.:

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

CONFERE COM O ORIGINAL

[ ] Atendido no local
[X] Trauma HGR
[ ] Pronto Atendimento
[ ] Coronel Mota

[ ] Cosme e Silva
[ ] HCSA
[ ] Maternidade
[ ] Outros

ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

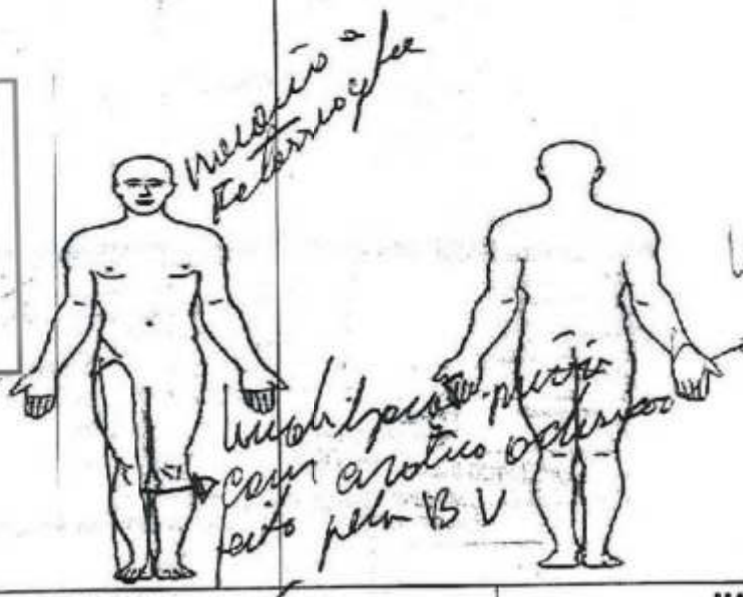
Sexo masculino, 53 anos, vítima queda coco. Encontrado no solo, imobilizado com colar, prancha e talas, VOTE. No local, hemodinamicamente quieto, importante. Conforme regulação, por indicação do CT, vítima interrogativa. Conforme à Ocorrência, Abrigo à Disposição e Reparado à medida dos sinais do CT.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 X
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1
Resposta Verbal	Orientado	Balbucia	5 X
	Confuso	Choro irritado	4
	Palavras inapropriadas	Choro à dor	3
	Sons ou gemidos	Gemido à dor	2
	Nenhuma	Nenhuma	1
Melhor Resposta Motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 X
	Localiza a dor	Retira ao toque	5
	Flexão normal	Retira à dor	4
	Flexão anormal	Flexão normal	3
	Extensão à dor	Flexão anormal	2
	Nenhuma	Nenhuma	1
ESCALA DE GLASGOW			13

ESCORE DO TRAUMA		
Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4 X
	25 - 35	3
	≥ 36	2
	01 - 09	1
	0	0
Pressão Sistólica (mmHg)	> 90	4 X
	70 - 89	3
	50 - 69	2
	01 - 49	1
	0	0
Escala de Glasgow	14 a 15	5 X
	11 a 13	4
	8 a 10	3
	5 a 7	2
	3 a 4	1
ESCORE DO TRAUMA		13

Willames R. Silva
Tec. Enfermagem-APH
COREN/RR 250240

SABEMI SEGURADORA S/A
04 DEZ 2018
RECEBIDO



CONFERE COM O ORIGINAL
EM 24 / 08 / 2018

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	8 - Pares de luvas
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
[ ] Com cartão [ ] Sem cartão	

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0028879-9

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.467/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 358/13

Nº da Nota Fiscal 001179569

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26...

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JULHO/2018	11/08/2018	226	276,45

SANDRA SANTOS DE ALMEIDA
R. PIABA 425 SANTA TEREZA
CPF: 0006662575020 4
CEP: 69.314-108 - BOA VISTA

ROT: 6.001.25.02.024800

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	13771		Atual:	26/07/2018
Anterior:	13545		Anterior:	26/06/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	28/08/2018
Consumo Medido:	226		Início:	25/07/2018
Consumo Faturado:	226	FCAM	Apresentação:	26/07/2018

NORMAL

30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Faz	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB07972N	1506524	1.1.1.2	307

HISTÓRICO kWh

Média/ano consumo

JUN/18	136
MAI/18	64
ABR/18	88
MAR/18	85
FEV/18	62
JAN/18	339
DEZ/17	440
NOV/17	533
OUT/17	527
SET/17	492

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 226 - 0,456700

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	226 A R$ 0,568081 =	128,38
CORR MONETARIA TCD (IGPM)	2/1	2,54
PARCELAMENTO DE DEBITOS	2/18	130,01
ILUMINACAO PUBLICA		15,52

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
06/2018	223,22

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/08/2018, em função das contas reavisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavisada(s) no valor de R$ 53,67 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 9556.AA1E.1438.9DB4.33D1.2B46.79AD.65A6

COMPOSIÇÃO DA CONTA 58,72

Distribuição:	61,94
Energia:	0,00
Transmissão:	2,58
Encargos:	25,14
Tributos:	

IMPOSTOS/TRIBUTOS 128,38

Base de Cálculo:	17,00%
Alíquota ICMS:	21,82
Valor do ICMS:	0,58
Valor do PIS:	2,74
Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
1,67			4,00			0,69

FLORESTA 05/2018 14,24

ROT: 6.001.25.02.024800

Eletrobras
Distribuição Roraima

SEU CÓDIGO 0028879-9 | TOTAL A PAGAR (R$) 276,45
MÊS 07/2018 | VENCIMENTO 11/08/2018
001179569 FCAM

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.467/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

83630000002 0 76450075000 6 00000000028 1 87990718008 4

SEQ.: 00003 UC: 0028879-9 DT.LEIT.: 26/07/2018 T.ENTR.: 03
LEITURA: 13771 NORMAL TOTAL: 276,45 CARGA: A18
DT.VENC.: 11/08/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1282

SABEMI SEGURADORA S/A
04 DEZ 2018
RECEBIDO

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0040105-6

Distribuidora Eletrobras Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 841 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.467/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-5
Nota Fiscal | Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Registro especial de operação estabelecido pela SEFAZ-RR

001291441

REFERÊNCIA	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
AGOSTO/2018	06/09/2018	460	279,87

RUIDGLAN COSTA DE MENESES
R. EXPEDITO FRANCISCO SILVA 378 DR. SILVIO LEITE
CPF: 00046868836287
CEP: 69.314-302 - BOA VISTA ROT: 11.001.19.06.183000

DADOS DA LEITURA	kWh	kVARh	DATAS DA LEITURA	
Atual	5529		Atual	20/08/2018
Anterior	5069		Anterior	18/07/2018
Constante de Multiplicação	1,000		Próxima Leitura	18/09/2018
Consumo Medido	460		Emissão	17/08/2018
Consumo Faturado	460	FCAM	Apresentação	20/08/2018

NORMAL 33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Fase	Código Tar.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	TDB1614749N	1420842	1.1.1.2	452

HISTÓRICO kWh

Mês/Ano	Consumo
JUL/18	268
JUN/18	421
MAI/18	409
ABR/18	462
MAR/18	414
FEV/18	577
JAN/18	458
DEZ/17	690
NOV/17	622
OUT/17	481

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 460 - 0,456778

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	460 A R$ 0,557486 =		256,44
ILUMINACAO PUBLICA			23,43

MENSAGEM IMPORTANTE / AVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
07/2018	181,74

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/09/2018. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO DAA2.9F4B.58B9.CA1C.3BE4.6772.6019.5F69

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Distribuição	78,81	Base de Cálculo	256,44
Energia	126,07	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	43,59
Encargos	5,25	Valor do PIS	0,47
Tributos	46,31	Valor da COFINS	2,25

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

FLORESTA 06/2018 93,72
ROT: 11.001.19.06.183000

Eletrobras
Distribuição Roraima
Distribuidora Eletrobras Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 841 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.467/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R$
0040105-6	279,87
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
08/2018	06/09/2018

Nº da Nota Fiscal 001291441 FCAM

83650000002 8 79870075000 2 00000000040 6 10560818008 6

SEQ.: 00273 UC: 0040105-6 DT.LEIT.: 20/08/2018 T.ENTR.: 07
LEITURA: 5529 NORMAL TOTAL: 279,87 CARGA: 018
DT.VENC.: 06/09/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1011

SABEMI SEGURADORA S/A
04 DEZ 2018
RECEBIDO

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

[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 Samara Sousa Meneses inscrito (a) no CPF 009.163.332-66/ _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Souza Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.340.242 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Antonio Souza Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.340.242 / 72, 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		Número	Complemento
Rua Expedito Francisco da Silva		378	
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
Dr. Silvio Leite	Boa Vista	RR	69.314-302
Email	**Telefone comercial(DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	
samara.meneses@hotmail.com		(95) 99167-2303	

Boa Vista/RR 21 de Agosto de 2018
Local e Data

Samara Sousa Meneses
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A
04 DEZ 2018
RECEBIDO

DLDRL.001 V001/2017

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

HGR NHE-HGR

1800938123 18/04/2018 12:34:38 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 23

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ANTONIO SOUZA COSTA	20/05/1965	52 A 10 M 29 D			

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
		SSP/RR		M		PARDA		BRASILEIRA

Mãe: MARIA ALVES DE SOUZA
Pai: NI
Contato: (95) 99144-9859
Endereço: AVENIDA - NAZARE FILGUEIRAS - 1031 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR
Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco | Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão
Setor: GRANDE TRAUMA
Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL
Procedimento Sol.
Registrado por: DANIEL.VIANA

Queixa Principal ( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

ALERGIA DIPIRONA

Anamnese de Enfermagem

Acordado orientado

GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 — TOTAL 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___ h)

Dor em punho (D) - Cara (D)

Exame Físico

BEG LUCIDO PA: 120x80 FC: 80. FR: 20.
S/ sinais de TCE

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

Fratura exposta punho de
+ Fratura joelho de

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) NPO		
2) SF 100ml (EV) 10 ml/h	6 - 6 em 6h	
3) Dipirona 1g (EV)	4 TUDO	
4) Tenoxicam 4 Dias (IM)	2 ALERGIA	

Dr. Tiago Mendonça Dias
Médico
CRM-RR 1853

Jesus é o nosso Advogado
Nosso Advogado
Chamar Seu

Aprazado.

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

óbito
Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não **Destino:** ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológico __/__/____ ___:___

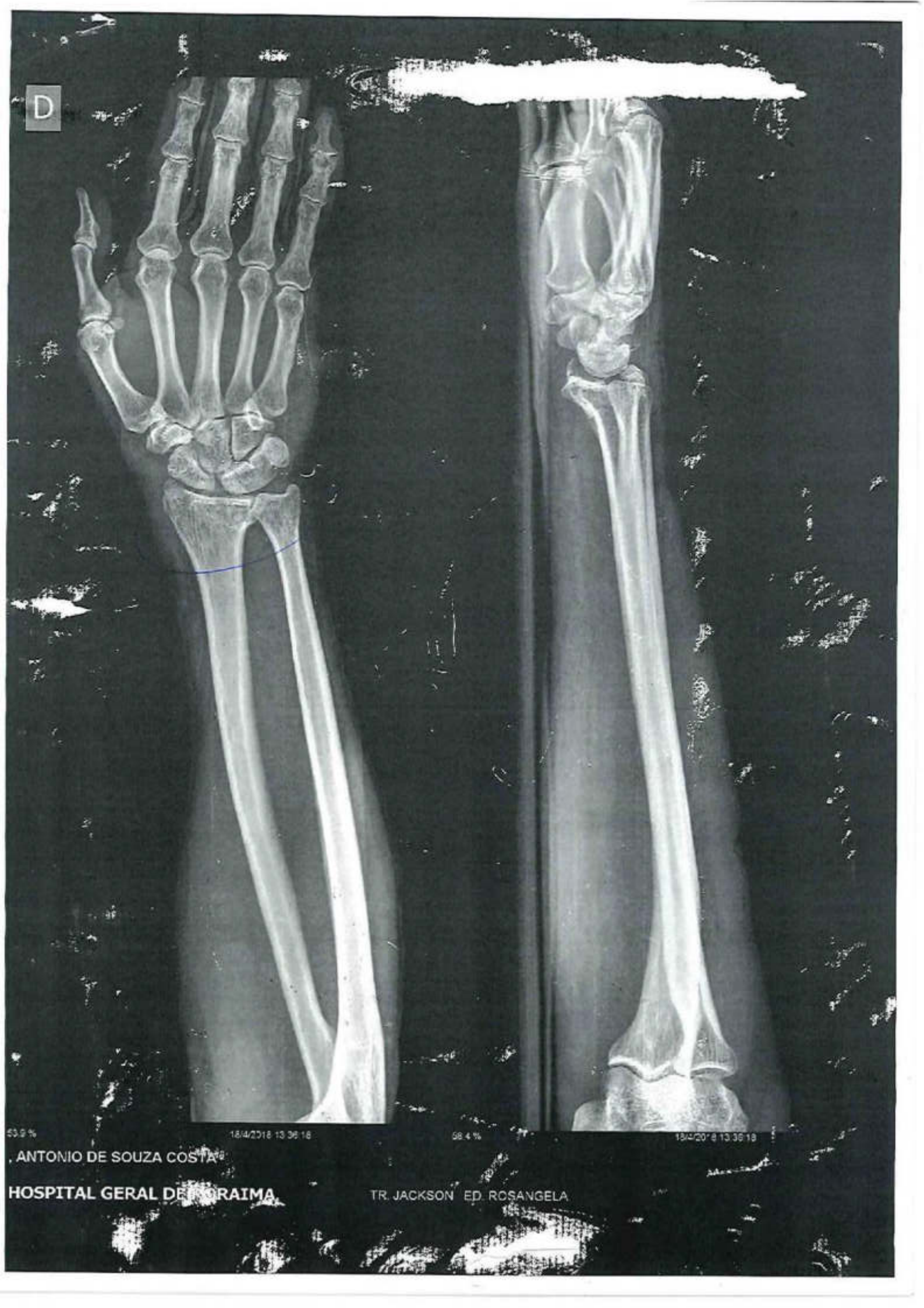
Assinatura do Paciente ou Responsável

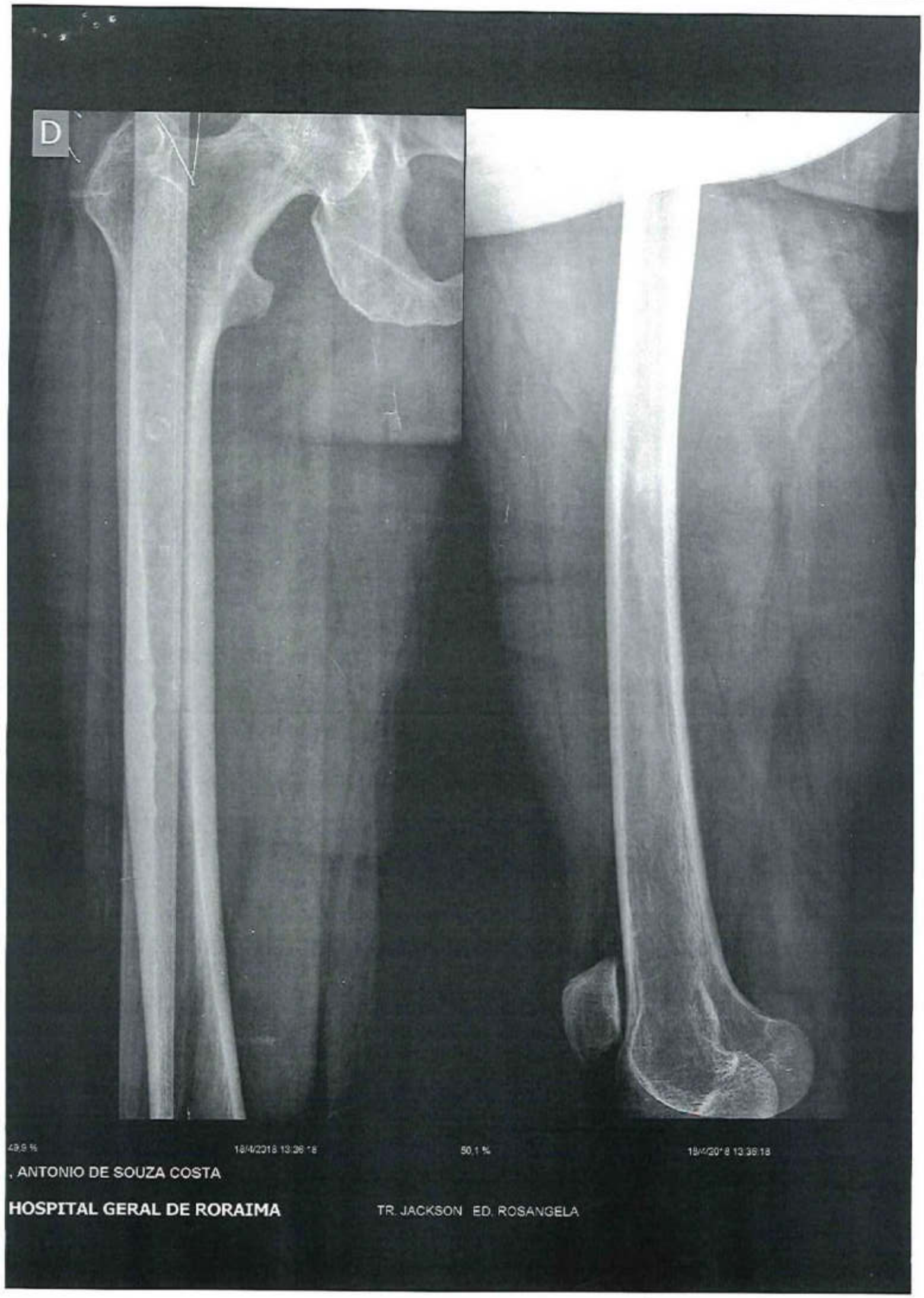
Carimbo e Assinatura do Médico

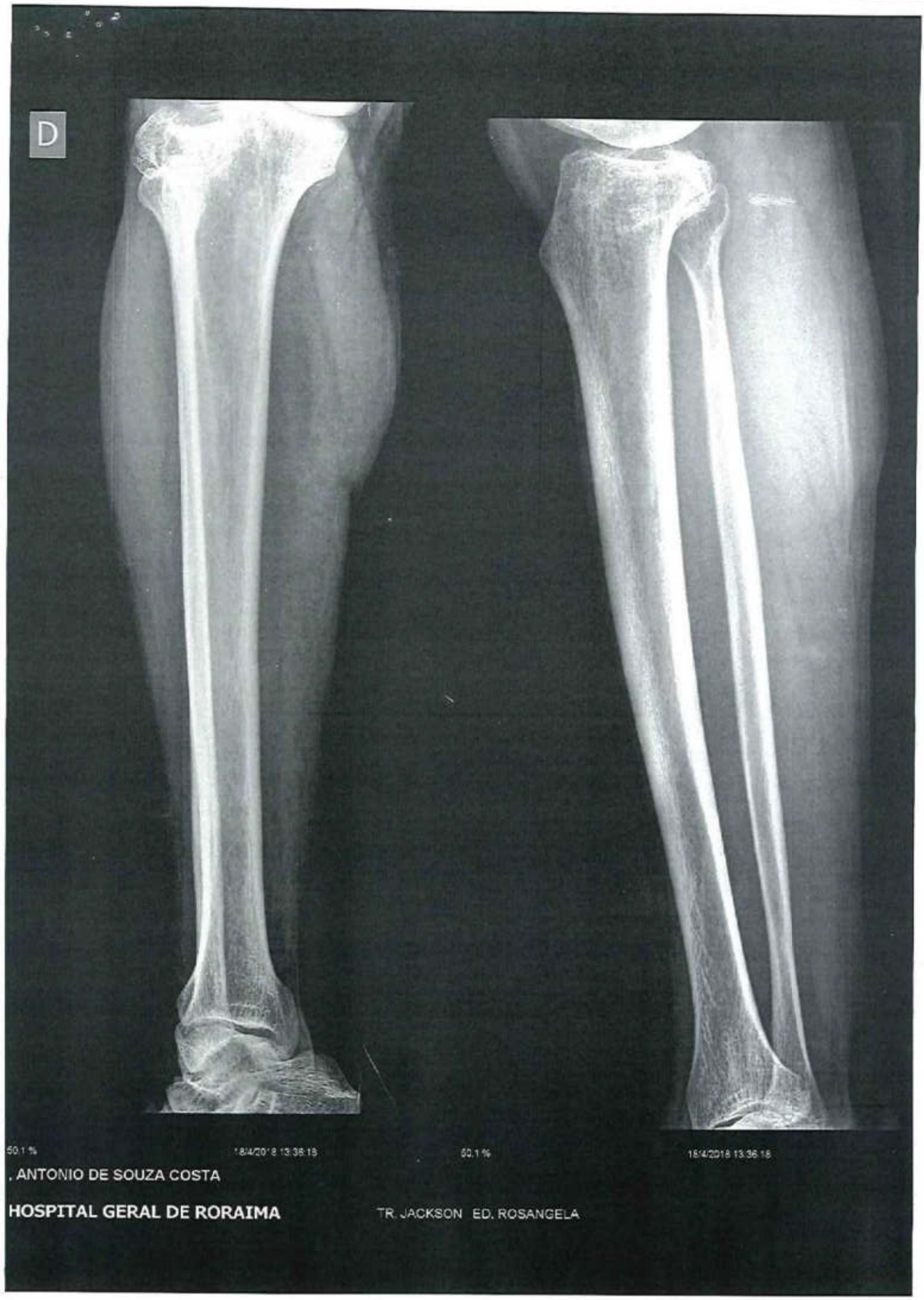
SABEMI SEGURADORA S/A
04 DEZ 2018
RECEBIDO

Impresso por: daniel.viana
Data Hora: 18/04/2018 12:39:21

1800938123


D
18/4/2018 13:36:16
98.4 %
18/4/2018 13:36:19
, ANTONIO DE SOUZA COSTA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TR. JACKSON ED. ROSANGELA

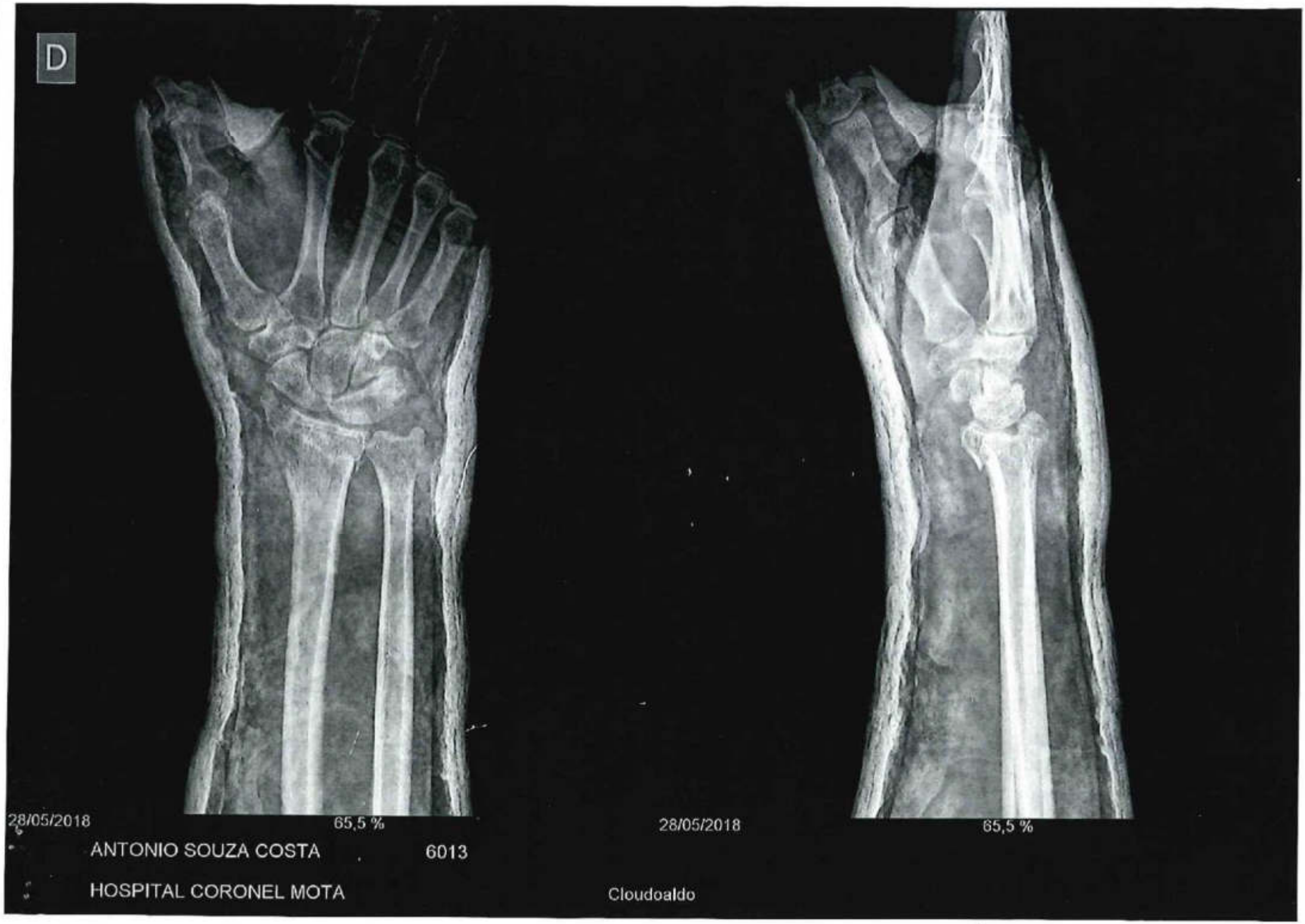

D
49,9 %
18/4/2018 13:36:18
50,1 %
18/4/2018 13:36:18
, ANTONIO DE SOUZA COSTA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TR. JACKSON ED. ROSANGELA

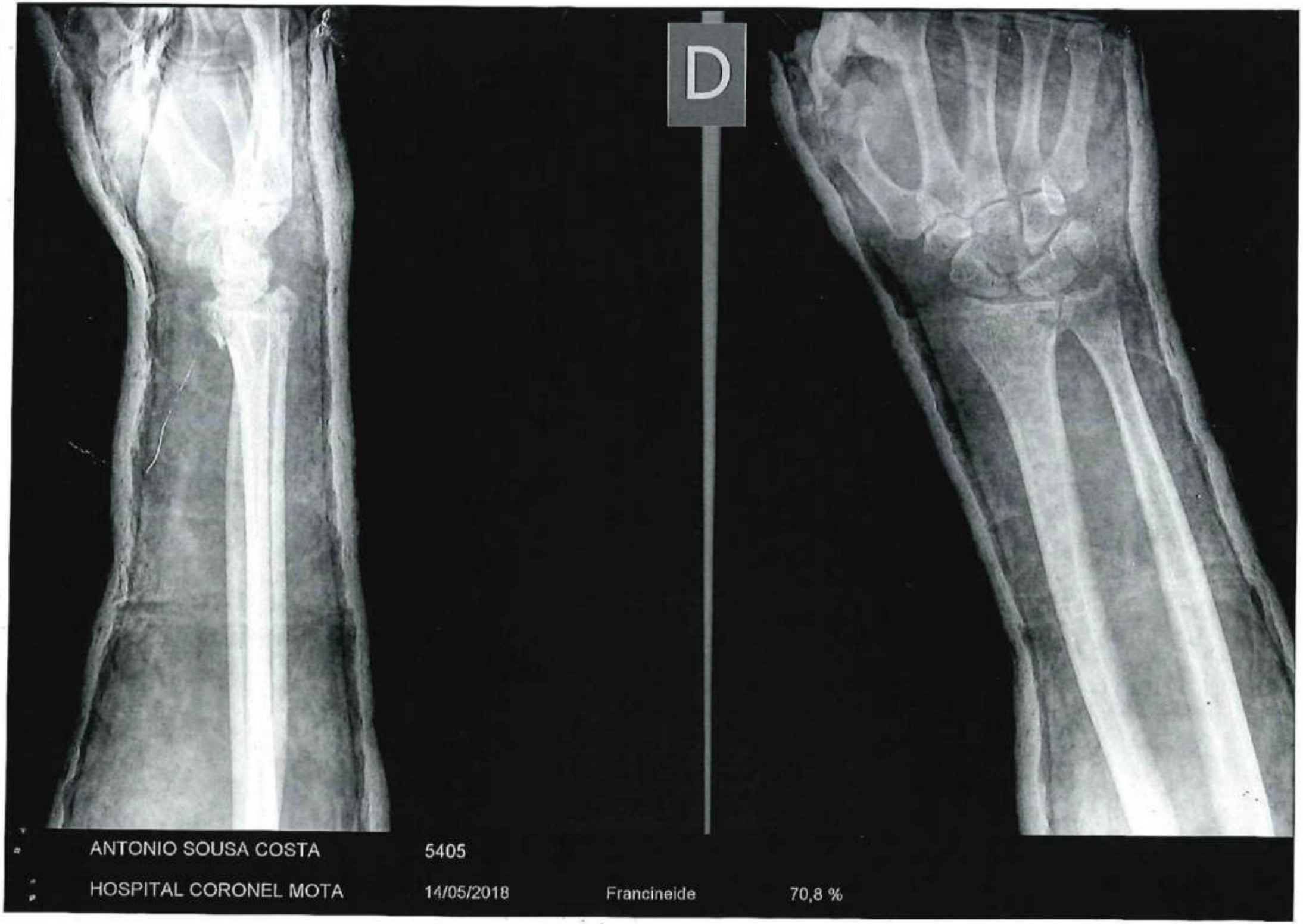


, ANTONIO DE SOUZA COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. JACKSON ED. ROSANGELA


D
28/05/2018
65,5 %
28/05/2018
65,5 %
ANTONIO SOUZA COSTA
6013
HOSPITAL CORONEL MOTA
Cloudoaldo


D
ANTONIO SOUSA COSTA
5405
HOSPITAL CORONEL MOTA
14/05/2018
Francineide
70,8 %

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANTONIO SOUZA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF
69145 SSP RR

CPF
225.340.242-72

DATA NASCIMENTO
20/05/1965

FILIAÇÃO
JOSE ALVES COSTA
MARIA ALVES DE SOUZA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.
AB

Nº REGISTRO
00629531663

VALIDADE
14/01/2023

1ª HABILITAÇÃO
15/06/2005

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1165032110

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
SAMARA SOUSA MENESES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF
3515044 SSP RR

CPF
009.163.382-66

DATA NASCIMENTO
03/10/1993

FILIAÇÃO
RUIDGLAN COSTA DE MENESES
SAMIRA SOUSA MENESES

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.
AB

Nº REGISTRO
05466508498

VALIDADE
22/11/2021

1ª HABILITAÇÃO
13/04/2012

OBSERVAÇÕES
A

Samara Sousa Meneses
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
23/11/2016

61576734162
RR209055227

FRANCISCO ANDERSON OLIVEIRA
DIRETOR PRESIDENTE DO DETRAN/RR
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
13563092 78

PROIBIDO PLASTIFICAR
13563092 78

SABEMI SEGURADORA S/A
04 DEZ 2018
RECEBIDO

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

NOME
ANTONIO SOUZA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF
68145 SSP RR

CPF
225.340.242-72

DATA NASCIMENTO
20/05/1965

FILIAÇÃO
JOSE ALVES COSTA
MARIA ALVES DE SOUZA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.
AB

Nº REGISTRO
03629531663

VALIDADE
14/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
15/06/2005

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
11650321 10 A

OBSERVAÇÕES

Antonio Souza Costa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
14/01/2016

63410301988
RR208702059

LUIZ EDUARDO SILVA DE CASTILHO
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
11650321 10

DETRAN-RR (RORAIMA)

SABEMI SEGURADORA S/A
04 DEZ 2018
RECEBIDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
Nº 012249362094
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD RENAVAM	ANTRC	EXERCÍCIO
01	01103991016		2016

NOME
ANTONIO SOUZA COSTA

CPF/CNPJ	PLACA
225.340.242-72	NAU8297

PLACA ANT/UF — CHASSI: 9C2JC4830HR002396

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/NAO ARTIC.	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/BIZ 125	2016	2017

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0124CC/	PARTICU	AZUL

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
PAGO	*PAGO*	********
		********

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS
** PAGO COTA UNICA **	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) — IOF (R$) — PRÊMIO TOTAL (R$) — DATA DE PAGAMENTO: 05/12/2016

OBSERVAÇÕES
AL.FID. BANCO HONDA S/A * PROIB SAIR DA AMAZONOCID

Francisco Assis da Silveira
Diretor-Presidente
DETRAN/RR

BOA VISTA-RR — DATA: 07/12/2016

DENATRAN — CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

RR Nº 012249362094 — BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
225.340.242-72 — PARA INFORMAÇÕES, LEIA NAU8297
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguroeotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	07/12/2016

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	225.340.242-72	NAU8297

RENAVAM	MARCA / MODELO
01103991016	HONDA/BIZ 125

ANO FAB	CAT.	Nº CHASSI
2016		9C2JC4830HR002396

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
R$21.51	R$2.39	R$23.9

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO (SEGURO) (R$)
R$4.15	R$0.2	R$52.14

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA	PARCELADO	05/12/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04 — 012249362094
www.seguradoralider.com.br — 61101660520

CONTRAN — DENATRAN

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: ANTONIO SOUZA COSTA, brasileiro, casado, autônomo, portador da cédula de identidade RG nº 68145 SSP/RR e devidamente inscrito no CPF nº 225.340.242-72, residente e domiciliado à Rua Piaba, nº 425, Bairro Santa Tereza, Boa Vista – RR;

OUTORGADO: JOSIANE FERREIRA ALVES, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Estado de Roraima, sob o nº 1730-N, endereço eletrônico: josiane1806@outlook.com e **SAMARA SOUSA MENESES**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Estado de Roraima, sob o nº 1517-N, endereço eletrônico: samara.meneses@hotmail.com, ambas com endereço profissional na Avenida Expedito Francisco da Silva, nº 378, Bairro Dr. Sílvio Leite, CEP 69.314-302 nesta Capital.

PODERES: Para o foro em geral, com a cláusula ***ad judicia et extra***, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive repartições públicas federais, estaduais ou municipais, de qualquer natureza, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, postular na instância administrativa, usando recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes para tudo requerer e assinar, desistir, transigir, receber e dar quitação, firmar compromisso ou acordos, efetuar levantamento de alvará judicial ou depósitos, representá-lo em audiência de conciliação e julgamento, podendo para tanto, enfim, praticar todos os demais atos necessários ao bom, fiel e cabal cumprimento deste mandato, podendo, ainda, substabelecer esta a outrem, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes, tudo conforme artigo 105 da Lei 13.105/2015 – CPC.

Boa Vista-RR, 19 de Junho de 2018.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Antonio Souza Costa

Outorgante

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ 2018

RECEBIDO

DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataíde Teive, 4887 - Aeroporto - Boa Vista/RR
Fone: (95) 3627-4130
2oficioboavista@cartorioaquino.com.br

27748.5b328c759b96e
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"1"ANTONIO SOUZA COSTA 27.748

Em testemunho da verdade. SSF
Do que dou fé. Boa Vista/RR, 26 de junho de 2018.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portaldoi.com.br
RECFIR1562960WV5ESFXD3NN602

Emolumentos:R$ 2.39 Fundos/TSS:R$ 0.60 Total: R$ 2.99

Talita Oliveira de Aquino
Escrevente Autorizada

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: ANTONIO SOUZA COSTA, brasileiro, casado, autônomo, portador da cédula de identidade RG nº 68145 SSP/RR e devidamente inscrito no CPF nº 225.340.242-72, residente e domiciliado à Rua Piaba, nº 425, Bairro Santa Tereza, Boa Vista – RR;

OUTORGADO: JOSIANE FERREIRA ALVES, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Estado de Roraima, sob o nº 1730-N, endereço eletrônico: josiane1806@outlook.com e **SAMARA SOUSA MENESES**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Estado de Roraima, sob o nº 1517-N, endereço eletrônico: samara.meneses@hotmail.com, ambas com endereço profissional na Avenida Expedito Francisco da Silva, nº 378, Bairro Dr. Silvio Leite, CEP 69.314-302 nesta Capital.

PODERES: Para o foro em geral, com a cláusula ***ad judicia et extra***, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive repartições públicas federais, estaduais ou municipais, de qualquer natureza, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, postular na instância administrativa, usando recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes para tudo requerer e assinar, desistir, transigir, receber e dar quitação, firmar compromisso ou acordos, efetuar levantamento de alvará judicial ou depósitos, representá-lo em audiência de conciliação e julgamento, podendo para tanto, enfim, praticar todos os demais atos necessários ao bom, fiel e cabal cumprimento deste mandato, podendo, ainda, substabelecer esta a outrem, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes, tudo conforme artigo 105 da Lei 13.105/2015 – CPC, inclusive para representar-me perante as SEGURADORAS para resolver qualquer matéria relativa ao CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SABEMI – REC. EM 25 MAR 2019

Boa Vista-RR, 12 de Fevereiro de 2019.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Antonio Souza Costa

Outorgante

DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista

84973.5c6420e56cc6f

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)

"ANTONIO SOUZA COSTA"

84.973

Em testemunho da verdade. BPO

Do que dou fé. Boa Vista/RR, 13 de fevereiro de 2019.

Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portaisenr.com.br

RECFIR158296ODXWM3JN9NIBAR24

Emolumentos:R$ 2.45 Fundos:R$ 0.55

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438209/18

Número do Sinistro: 3180570251

Vítima: ANTONIO SOUZA COSTA **Data do acidente:** 18/04/2018

CPF: 225.340.242-72 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** ANTONIO SOUZA COSTA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML
Documentos de identificação

SAMARA SOUSA MENESES : 009.163.382-66

Procuração

ANTONIO SOUZA COSTA : 225.340.242-72

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 25/03/2019 Nome: ANTONIO SOUZA COSTA CPF: 225.340.242-72	Data do cadastramento: 25/03/2019 Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES CPF: 026.874.120-40
ANTONIO SOUZA COSTA	JULIANE CAMPOS RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438209/18

Vítima: ANTONIO SOUZA COSTA **Data do acidente:** 18/04/2018

CPF: 225.340.242-72 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** ANTONIO SOUZA COSTA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SAMARA SOUSA MENESES : 009.163.382-66

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

ANTONIO SOUZA COSTA : 225.340.242-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 04/12/2018	Data do cadastramento: 04/12/2018
Nome: SAMARA SOUSA MENESES	Nome: ELIANE FALK
CPF: 009.163.382-66	CPF: 010.372.382-06
SAMARA SOUSA MENESES	ELIANE FALK

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

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180570251
Vítima: ANTONIO SOUZA COSTA
Data do Acidente: 18/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: SAMARA SOUSA MENESES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO SOUZA COSTA

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentos de identificação incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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.

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO SOUZA COSTA**

Nº Sinistro: **3180570251**
Vítima: **ANTONIO SOUZA COSTA**
Data do Acidente: **18/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **SAMARA SOUSA MENESES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180570251.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:
CPF da vítima: 225.340.242-72
Nome completo da vítima: Antônio Souza Costa

DADOS CADASTRAIS

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

Nome completo: Antonio Souza Costa
CPF: 225.340.242-72
Profissão:
Endereço: Rua Piaba
Número: 425
Complemento:
Bairro: Santa Tereza
Cidade: Boa Vista
Estado: RR
CEP: 69.314-108
E-mail: samara.meneses@hotmail.com
Tel.(DDD): (95) 99167-2303

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 (013) CONTA: 00052944 (0)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:
Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
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 comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido e responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

SABEMI SEGURADORA S/A
04 DEZ 2018
RECEBIDO

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Antonio Souza Costa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Samara S. Meneses
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome:
CPF:
Assinatura
2ª | Nome:
CPF:
Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 225.340.242-72 | Nome completo da vítima: Antonio Souza Costa

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Antonio Souza Costa | CPF: 225.340.242-72

Profissão: autônomo | Endereço: Rua Piaba | Número: 425 | Complemento:

Bairro: Santa Tereza | Cidade: Boa Vista | Estado: RR | CEP: 69.314-108

E-mail: samara.menezes@hotmail.com | Tel.(DDD): (95) 99144-9859

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 3027 (013) (informar o dígito se existir) CONTA: 00052944 (0) (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ (informar o dígito se existir) CONTA: _____ (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | 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.

Local e Data: Boa Vista/RR, 12 de fevereiro de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Antonio Souza Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

SABEMI – REC. EM 25 MAR 2019

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ 2018

RECEBIDO

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016614/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/04/2018 22:22 Data/Hora Fim: 18/04/2018 22:48
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 095572 Data: 18/04/2018
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 18/04/2018 11:47

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Jardim Tropical
Logradouro: Av. Olímpica

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1727: Acidente de trânsito sem vítima - Abalroamento	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EVERTON SOUZA NEVES (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 218913

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua CC-09 Nº: 97
Bairro: Laura Moreira

Nome Civil: JAQUELINE ROCHA COSTA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4085752

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Av. Nazaré Filgueiras Nº: 1031
Bairro: DR. Silvio Botelho

Nome Civil: ANTONIO SOUZA COSTA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 68145

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Av. Nazaré Filgueiras Nº: 1031

Bairro: DR. Silvio Botelho

Nome Civil: FRANCISCO MACEDO PEREIRA FILHO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 267455

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Pastor Nicanor Fabrício dos Santos Nº: 1050

Bairro: DR. Silvio Botelho

Razão Social: POLÍCIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público Representante: Davi Filis Marcolino da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo **Subgrupo** Motocicleta/Motoneta

Placa NAU8297 **Número do Chassi** 02396

Ano/Modelo Fabricação 2017/2016 **Cor** AZUL

UF Veiculo Roraima **Municipio Veiculo** Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 **Modelo** HONDA/BIZ 125

Veiculo Adulterado? Não **Quantidade** 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Souza Costa	Proprietário

Grupo Veículo **Subgrupo** Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Placa NAJ5053 **Número do Chassi** 53063

Ano/Modelo Fabricação 1991/1991 **Cor** VERDE

UF Veiculo Roraima **Municipio Veiculo** Boa Vista

Marca/Modelo FIAT/UNO MILLE **Modelo** FIAT/UNO MILLE

Veiculo Adulterado? Não **Quantidade** 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Everton Souza Neves	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu neste Departamento de Polícia Civil, uma Guarnição da Polícia Militar, para entregar o ROP/PM Nº 095572, que relata sobre a ocorrência de um acidente de trânsito, envolvendo as pessoas relacionadas acima, do qual resultou em lesões corporais e danos materias, conforme descrito no ROP/PM em anexo. Era o que tinha a comunicar.

ASSINATURAS

Eraldo Pereira Maia
Responsável pelo Atendimento

"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 de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT
Fernando Figueiredo
03 AGO. 2018
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Fernando Figueiredo

PMRR-2°BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J
Nº 095572

VTR	SUOp	DATA	S/SETOR	H/Trans	H/Inicial	H/Chegada	H/Final
632	2º BPM	18.04.18	OESTE	--------	11:47	11:47	14:25

Código. Ocorrência	Cód. Providência	Cód. Serv. Prest.	KMI	KMF
1001/1003	13023	----------	98650	98664

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Rua/Av. AV. OLÍMPICA, PROXIMO AO BURITIZAL | Nº SE/N | Bairro: JARDIM TROPICAL | Ref. VIA PÚBLICA

PESSOAS RELACIONADAS

1	CONDUTOR	Nome: ANTONIO SOUZA COSTA	Idade	53	Estado Civil	CASADO
Endereço:	AV. NAZARÉ FILGUEIRAS, 1031, BAIRRO DR. SILVIO BOTELHO					
RG:	68145 SSP/RR	CNH	03629531663 CAT. AB	Profissão:	TÉCNICO EM REFRIGERAÇÃO	
2	PASSAGEIRA	Nome: JAQUELINE ROCHA COSTA	Idade	21	Estado Civil	SOLTEIRA
Endereço:	AV. NAZARÉ FILGUEIRAS, 1031, BAIRRO DR. SILVIO BOTELHO.					
RG:	4085752 SSP/RR	CNH	----------	Profissão:	OPERADORA DE CAIXA	
3	RESP. CARRO	Nome: EVERTON SOUZA NEVES	Idade	26	Estado Civil	SOLTEIRO
Endereço:	RUA CC-9, 97, BAIRRO LAURA MOREIRA					
RG:	218913 SSP/RR	CNH	04757829606 CAT. AD	Profissão:	LOMBADOR	
4	RESP. MOTONETA	Nome: FRANCISCO MACEDO PEREIRA FILHO	Idade	28	Estado Civil	SOLTEIRO
Endereço:	RUA PASTOR NICANOR FABRICIO DOS SANTOS, 1050, BAIRRO DR. SILVIO BOTELHO.					
RG:	267455 SSP/RR	CNH	06852755980 CAT. AB	Profissão:	MECÂNICO	

VEÍCULOS ENVOLVIDOS.

CONDUTOR **ANTONIO SOUZA**: MOTONETA HONDA BIZ 125, DE COR AZUL, PLACA: **NAU-8297;**
RESP. CARRO **EVERTON MACEDO:** FIAT UNO MILLE, DE COR VERDE, PLACAS: **NAJ-5053;**

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 19/09/18
Fc.

ASSINATURA		CARGO MATRÍCULA	A. POLÍCIA	LOCAL	2ª DP

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Senhor(a) Delegado(a),

Fomos acionados via CIOPS para averiguar ocorrência de acidente de trânsito, no local citado já se encontrava a equipe de socorristas do SAMU BRAVO 5 (Enfermeiro SOTTER) que realizava atendimento de socorro em duas pessoas, que haviam se envolvido em um acidente de trânsito na Av. Olímpica, próximo ao buritizal e bueiro da referida via. Em contato com os envolvidos, o Sr. ANTONIO SOUZA disse que estava conduzindo a motoneta HONDA BIZ 125, de cor azul, PLACA: NAU-8297, pela Avenida Olímpica com destino bairro para o centro, quando veio a colidir em um veículo parado que estava estacionado na mesma via no sentido bairro para o centro, possivelmente com defeito mecânico. Na garupa como passageira, na motoneta HONDA BIZ, estava a Sra. JAQUELINE ROCHA, filha de ANTONIO SOUZA. O veículo que estava estacionado na via do lado direito era o veículo FIAT UNO MILLE, de cor verde, PLACAS: NAJ-5053. ANTONIO e JAQUELINE foram removidos ao Pronto Socorro Estadual para atendimento médico especializado, com o auxilio de outra equipe do SAMU BRAVO 2 (Enfermeiro WILLIAMS). Das vítimas: ANTONIO sofreu escoriações nos braços e pernas, possíveis fraturas na perna direita e braço direito, aparentemente; JAQUELINE sofreu escoriações nos braços e joelhos, e reclama de muita dor na região das costelas, aparentemente. Foi solicitada a Perícia da Polícia Civil, no que compareceu o Sr. JACKSON, perito criminal, e realizou todo o levantamento pericial do acidente. Da documentação: ambos os veículos encontram-se em dias. ANTONIO possui CNH válida, e a sua motocicleta foi entregue ao Sr. FRANCISCO MACEDO PEREIRA, CNH Nº 06852755980 categoria AB, conforme qualificado acima. DO veículo FIAT UNO que estava estacionado, sob a suspeita de pane mecânica, apresentou-se como responsável o Sr. EVERTON SOUIZA NEVES, que informou que seu veículo apresentou pane mecânica nesta manhã, motivo pelo qual deixou o veículo estacionado na lateral da via, como o veículo estava com a documentação em dias, foi liberado ao próprio Sr. EVERTON, que fez a retirar do veículo mediante guincho. DOS DANOS: o veículo FIAT UNO: porta malas, pisca traseiro lado esquerdo, para choque traseiro, roda traseira lado esquerdo, aparentemente; HONDA BIZ: carenagem frontal, carenagem lateral, painel, retrovisor lado direito, farol, bengalas, para lama dianteiro, aparentemente. Diante dos fatos, apresentamos este relatório para dar conhecimento á autoridade policial competente da área, para que sejam tomadas as providências que o caso requer. Era o que tinha relatar.

Davi Filis M. Silva	40.870-0	3° SGT PM	2° BPM/CPC
DAVI FILIS MARCOLINO DA SILVA	CADASTRO	POSTO/GRAD.	SUOp

EM BRANCO
F2/P3/CPC

EM BRANCO
F2/P3/CPC

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:
CPF da vítima: 225.340.242-72
Nome completo da vítima: Antônio Souza Costa

DADOS CADASTRAIS

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

Nome completo: Antonio Souza Costa
CPF: 225.340.242-72
Profissão:
Endereço: Rua Piaba
Número: 425
Complemento:
Bairro: Santa Tereza
Cidade: Boa Vista
Estado: RR
CEP: 69.314-108
E-mail: samara.meneses@hotmail.com
Tel.(DDD): (95) 99167-2303

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 (013) CONTA: 00052944 (0)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:
Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
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 comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido e responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

SABEMI SEGURADORA S/A
04 DEZ 2018
RECEBIDO

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Antonio Souza Costa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Samara S. Meneses
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome:
CPF:
Assinatura
2ª | Nome:
CPF:
Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 225.340.242-72 | Nome completo da vítima: Antonio Souza Costa

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Antonio Souza Costa | CPF: 225.340.242-72

Profissão: autônomo | Endereço: Rua Piaba | Número: 425 | Complemento:

Bairro: Santa Tereza | Cidade: Boa Vista | Estado: RR | CEP: 69.314-108

E-mail: samara.menezes@hotmail.com | Tel.(DDD): (95) 99144-9859

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 3027 (013) (informar o dígito se existir) CONTA: 00052944 (0) (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ (informar o dígito se existir) CONTA: _____ (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | 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.

Local e Data: Boa Vista/RR, 12 de fevereiro de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Antonio Souza Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

SABEMI – REC. EM 25 MAR 2019