

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: 2755640220200623232817

Processo 0810221-65.2020.8.23.0010  - (69 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 11783 - Citação

Nível de Sigilo: PÚBLICO

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à Descrição: <input type="text"/>					

40 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 40

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
40	23/06/2020 23:28:17	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE PETIÇÃO DE LAUDO PERICIAL (17/06/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		40.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2715962IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL01.pdf	PÚBLICO
		40.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2715962IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf	PÚBLICO
39	18/06/2020 09:35:42	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 18/06/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 36) JUNTADA DE PETIÇÃO DE LAUDO PERICIAL (17/06/2020) e ao evento de expedição seq. 38.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
38	18/06/2020 07:36:43	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. 36) JUNTADA DE PETIÇÃO DE LAUDO PERICIAL (17/06/2020)	Kennia Elen de Oliveira Lima Analista Judiciária
37	18/06/2020 07:36:42	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de RICARDO PEREIRA CHAVES com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 36) JUNTADA DE PETIÇÃO DE LAUDO PERICIAL (17/06/2020)	Kennia Elen de Oliveira Lima Analista Judiciária
36	17/06/2020 14:30:37	JUNTADA DE PETIÇÃO DE LAUDO PERICIAL	MARILIA JULIANA MORENO COELHO BATISTA Perita
35	08/06/2020 06:37:55	JUNTADA DE PETIÇÃO DE IMPUGNAÇÃO À CONTESTAÇÃO	Thiago Amorim Dos Santos Advogado
34	08/06/2020 06:21:01	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (05/05/2020)	Thiago Amorim Dos Santos Advogado
33	05/06/2020 16:06:30	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO - DIRETOR (19/05/2020)	Thiago Amorim Dos Santos Advogado
32	05/06/2020 09:25:01	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE DECORRIDO PRAZO DE PERITO MARILIA JULIANA MORENO COELHO BATISTA (Para Perito MARILIA JULIANA MORENO COELHO BATISTA *Referente ao evento (seq. 16) JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE(13/05/2020) e ao evento de expedição seq. 17.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
31	02/06/2020 00:09:48	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de RICARDO PEREIRA CHAVES) em 29/05/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 22) EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO - DIRETOR (19/05/2020) e ao evento de expedição seq. 23.	SISTEMA CNJ
30	30/05/2020 00:01:24	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. 22) EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO - DIRETOR (19/05/2020) e ao evento de expedição seq. 24.	SISTEMA CNJ
29	28/05/2020 00:02:43	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo Perito MARILIA JULIANA MORENO COELHO BATISTA (Leitura automática em 24/05/2020 às 23:59) em 25/05/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 16) JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE (13/05/2020) e ao evento de expedição seq. 17.	SISTEMA CNJ
28	25/05/2020 00:05:44	JUNTADA DE COMPROVANTE Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 18) em 14/05/2020 - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (05/05/2020). Parte: RICARDO PEREIRA CHAVES	JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA Analista Judiciário
27	23/05/2020 12:40:32	RETORNO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 18) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (14/05/2020 13:28:41). Parte: RICARDO PEREIRA CHAVES	JOSE FABIANO DE LIMA GOMES Oficial de Justiça
26	21/05/2020 21:39:47	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 20/05/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 22) EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO - DIRETOR (19/05/2020) e ao evento de expedição seq. 24.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
25	20/05/2020 10:24:29	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 22) EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO - DIRETOR (19/05/2020)	OTONIEL ANDRADE PEREIRA Analista Judiciário
24	19/05/2020 13:01:53	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 22) EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO - DIRETOR (19/05/2020)	OTONIEL ANDRADE PEREIRA Analista Judiciário
23	19/05/2020 13:01:52	EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO - DIRETOR Para advogados/curador/defensor de RICARDO PEREIRA CHAVES com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 22) EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO - DIRETOR (19/05/2020)	OTONIEL ANDRADE PEREIRA Analista Judiciário
22	19/05/2020 13:01:38	EXPEDIÇÃO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 18) EXPEDIÇÃO DE MANDADO(14/05/2020 13:28:41). Identificador do Cumprimento: 0002	OTONIEL ANDRADE PEREIRA Analista Judiciário
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA	



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

PROCESSO: 08102216520208230010

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 **RICARDO PEREIRA CHAVES**, 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 **PHE5360**, 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 extraí 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.

DO LAUDO PERICIAL

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL).

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) disfunções apenas temporárias
b) dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

No espaço comprometimento de três dentes superiores, porém foi realizada prótese dentária

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 19 de junho de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

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

NAME: ZILÓR INÁCIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE: RG. 114807-SSP-RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

RESIDÊNCIA: JOSE SOUZA DE ASSUNÇÃO

ONIRIA INÁCIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC DATA VENCIMENTO: 15/12/1999

Nº REGISTRO: 01101922304 VALIDEZ: 28/01/2020

VALIDADE: 28/01/2020 HABILITAÇÃO: 15/12/1999

GERAR COPIAS

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

JUÍZ DO ESTATUTO DO PESSOAL
DIRETOR DE PERSONAL
ASSINATURA DO EMISSOR

92485240616
RR207968020

DETRAN RR (RORAIMA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

980151096

VALIDO POR 10 ANOS

VALIDO POR 10 ANOS

22 NOV. 2019

Listo
UFG
2019

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

1 ^ª Classificação/Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

1901150412	19/08/2019 01:56:20	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	3	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
RICARDO PEREIRA CHAVES		02/10/1970	48 A 49 M 17 D		53570286134			
Tipo Doc		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade
IDENTIDADE		179290			M		PARDA	BRASIL
Mãe						Par		Contato
LUSIMAR PEREIRA CHAVES								(95) 99118-7938
Endereço		AVENIDA - SEBASTIAO DINIZ - 2293 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Profissão	
Setor		URGÊNCIA						
GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:	
Queixa Principal		SAMU CAPITAL					SOUSA	
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL		
					AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15		

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Paciente conduzido pelo SAMU; history de colisão moto x com inalação.

Exame Físico

- Embriaguez: lucido, orientado.

- Peculiaridades: + suspeita de contusão na Bola de futebol.

Hipótese Diagnóstica

TCE leve.

TC de crânio
sem alterações

SADT - Exames Complementares

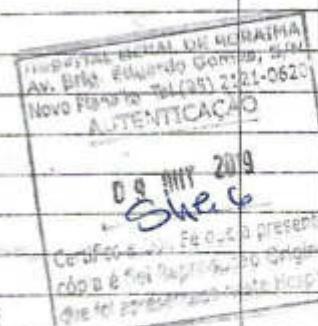
RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

05g 5-1-500m (EV)		
07g 2g (EV)		
01 Alboliofato Buccal m x 10.		
01 Buscopan composto 0,01mp (EV)		



Conduta

Ata por Decisão Médica
 Ata a Pedido
 Ata a Revisão
 Transferência para:

Lucas Elias França
ASP QOCONXED-FAB
CRM-RR 2046

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / / : / : /

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica / / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: sousa
Data/Hora: 19/08/2019 01:57:04

22 NOV. 2019



19/08/19. 03:30.

Sem conduta Busto nubil.

Maxim de Foz Tuares.

Legend Praia do Canto
Braga/MAISIL/OL/AB
CRO-RR 521



22 NOV. 2019



22 NOV. 2019

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

NAME: ZILÓR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE: RG. 114807-SSP-RR

CPF: 383.051.512-04 DATA Nascimento: 07/04/1978

RESIDÊNCIA: JOSE SOUZA DE ASSUNÇÃO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC DATA EMISSÃO: 15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº REGISTRO: 01101922304 VALIDEZ: 28/01/2020

GERAR COPIAS

ABERTURA DO PORTAÇO

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

JUÍZ DO ESTATUTO DO PESSOAL
DIRETOR-GERAL
ABERTURA DO EMISSOR

92485240616
RR207968020

DETRAN RR (RORAIMA)

980151096

980151096

ABERTURA PLASTIFICAR

22 NOV. 2019

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Ricardo Pereira chaves
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	179290
ENDEREÇO:	Av. Sebastião Dmig- N:2293, São Vicente

OUTORGADO

NOME:	Silvin Inácio da Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 55918
ENDEREÇO:	R. Antônio p. Galvão 1832

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 19/08/2019, cobertura Invalides, vitima: Ricardo Pereira chaves.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

22 NOV. 2019

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412548/19

Vítima: RICARDO PEREIRA CHAVES

CPF: 535.702.861-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2019

Titular do CPF: RICARDO PEREIRA CHAVES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

RICARDO PEREIRA CHAVES : 535.702.861-34

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: 22/11/2019
Nome: RICARDO PEREIRA CHAVES
CPF: 535.702.861-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

RICARDO PEREIRA CHAVES

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412548/19

Número do Sinistro: 3190653611

Vítima: RICARDO PEREIRA CHAVES

CPF: 535.702.861-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2019

Titular do CPF: RICARDO PEREIRA CHAVES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

RICARDO PEREIRA CHAVES : 535.702.861-34

Autorização de pagamento

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: 19/12/2019
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

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, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653611

Vítima: RICARDO PEREIRA CHAVES

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RICARDO PEREIRA CHAVES

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

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, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653611

Vítima: RICARDO PEREIRA CHAVES

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICARDO PEREIRA CHAVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653611

Vítima: RICARDO PEREIRA CHAVES

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RICARDO PEREIRA CHAVES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	535.402.861-34	Ricardo Pereira Chaves		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Profissão:	Endereço:	CPF:	Número:
Ricardo Pereira Chaves	Autônomo	Ae. Sebastião Diniz	535.402.861-34	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	Tel.(DDD):
São Vicente	Boa Vista	RR	69.309-475	(95) 99154-4282
E-mail:	E-mail: ricardopereirachaves1982@hotmail.com			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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 Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 38, §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.

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 Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário que assinou o formulário
 Local e Data: Boa Vista - RR, 20-08-2019
 Nome: Ricardo Pereira Chaves
 CPF: 535.402.861-34

TESTEMUNHAS

1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

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:

3190-653611

3 - CPF da vítima:

535.702.861-34

4 - Nome completo da vítima:

Ricardo Pereira Chaves

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

5 - Nome completo:

Ricardo Pereira Chaves

6 - CPF:

535.702.861-34

7 - Profissão:

Policial militar

8 - Endereço:

Av. Sebastião Dini

9 - Número:

2293

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

São Vicente

12 - Cidade:

São Vicente

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.303-475

15 - E-mail:

ILOIRRRAHOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Nome do BANCO: Bradesco

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 da 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.

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

29 - Se tinha filhos, informar

 Vivos: Falecidos:

 Sim

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

 Vivos: Falecidos:

 Sim

Não

30 - Vítima deixou nascimento (vai nascer)?

 Sim

 Não

 Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim

Não

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 1000 2000



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026094/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/08/2019 06:18 Data/Hora Fim: 19/08/2019 06:34

Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 066766 Data: 19/08/2019

Delegado de Polícia: Alexandre Henrique de Matos Lima

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 19/08/2019 01:02

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA SOLEDADE BENEDETTI

Bairro: Cinturão Verde

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MACKMILLER MELO SALES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Idade: 40
Profissão: Policial Militar Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Sem Informação Nome do Pai: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA SOLEDADE BENEDETTI

Nº: S/N

Bairro: Cinturão Verde

Nome Civil: RICARDO PEREIRA CHAVES (CONDUTOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 49
Profissão: Agente de Saúde
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: Sem Informação Nome do Pai: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA 7 DE SETEMBRO

Nº: 49

Complemento: APTO 02

Bairro: CINTURÃO VERDE

22 NOV. 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição MOTOCICLETA

Placa PHE5360

Cor BRANCA

Marca/Modelo HONDA CB 300R

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026094/2019

Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ricardo Pereira Chaves	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu nesta DEPOL a guarnição da Polícia Militar apresentando o ROP 066766, série J, informando de um acidente de trânsito; Que a guarnição chegou ao local e encontrou o solicitante, ANDRÉ LOURENÇO BENTO SICEINEL, 35 anos, RG 218235, residente e domiciliado na rua Soledade Benedetti, s/n, Cinturão Verde, informando que o condutor da motocicleta Honda CB 300R, placa PHE 5360, RICARDO PEREIRA CHAVES, estava na Rua Soledade benedetti no sentido Udine Benedetti, quando caiu sozinho na via; Que o solicitante acionou o Samu, o qual se fez presente e removeu o condutor ao hospital para cuidados médicos; Que o solicitante afirmou que se responsabiliza pela guarda da motocicleta; Que não foi possível saber o estado de saúde do condutor. É o relato.

ASSINATURAS

Kleber Jose Montoril Rocha

Agente de Policia

Matrícula 042000078

Responsável pelo Atendimento

Mackmiller Melo Sales

(Comunicante)

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

22 NOV. 2019

DATA: 05/11/2019
CONFERIDO E ASSINADO
Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Matr. 042000078

Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 05/11/2019 08:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

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: Nome completo da vítima:

535.402.861-34

Ricardo Pereira Chaves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 345/2012

Nome completo: Profissão: CPF: Número: Complemento:
 Bairro: Endereço: Cidade: Estado: CEP: Tel.(DDD):
 E-mail:

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)
--	--

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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.

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 permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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 Lider 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: Nome: CPF:

Assinatura de quem assina a RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

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 RODO, 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.



RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Eno Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0001328-5

Nº da Nota Fiscal: 003841246

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

CONTA NÉS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	294	260,71

LUSIMAR PEREIRA CHAVES

AV SEBASTIÃO DINIZ 2293 SÃO VICENTE

CPF: 80007619441391

CEP: 69.380-475 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual: 6666
Anterior: 6372
Dias da consumo: 33
Constante de Multiplicação: 1.000
Consumo medido: 294
Consumo Faturado: 294

DATAS DA LEITURA

Atual: 16/10/2019
Anterior: 13/09/2019
Próxima leitura: 16/11/2019
Emissão: 15/10/2019
Apresentação: 16/10/2019
R: 0.001.09.84.021068

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: B
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligaçao: 31
Número Medidor: TDB1616175
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: CONVENCIONAL

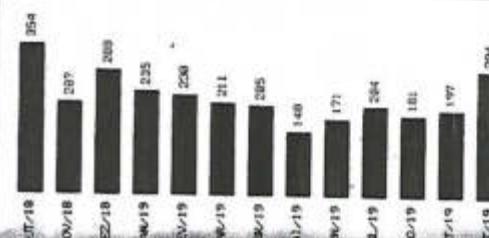
DESCRICAÇÃO DA CONTA

CONSUMO 294 A R\$ 0,764602 = 224,79
CORREÇÃO MONETARIA DA 06/19-00 0,03
CORREÇÃO MONETARIA IG 06/19-00 0,01
MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00 1,76
JUROS DE MORA POR ATR 06/19-00 0,31
MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,81
JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00 4,50
ILUMINAÇÃO PÚBLICA 29,50

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 294 - 0,634620

HISTÓRICO DE MEDICAO



Média 12 meses: 216

MENSAGENS
IMPORTANTESREAVISO DE
VENCIMENTO

Nº/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2019, em função das contas reavvisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavvisada(s) no valor de R\$ 137,38 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 18/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 06007015128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1-6 11 16 21 25

RESERVADO AO FISCO

0001328-5 1989-0027-0031-4072-0246-3720

FCM

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia: 122,47	Encargos: 6,36
Distribuição: 57,75	Tributos: 38,21
Transmissão: 8,08	

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo: 224,79	Alíquota: 11,00%	Valor: 30,21
	ICMS: 0,0000%	0,00
	PIS: 0,0000%	0,00
	COFINS: 0,0000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FC			DMC		DICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Limite	6,83	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54			
Realizado	1,88		2,00			1,39				
Conjunto	CENTRO			00/2019			69,00			
				Período de abertura:			EUSD:			



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eno Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0001328-5

TOTAL A PAGAR: R\$
260,71

MÊS FAZURADO
10/2019

VENCIMENTO
06/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003841246

836500000002-8-60710075000-1-00000000001-8-32651019008-0



22 NOV. 2019



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: 2419388

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	02/2019	25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	11-MAR-19	R\$ 229,20

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA
 AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
 VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089153	02/2019	R\$ 229,20

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052



22 NOV. 2019