

## 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:**  
2889253220201028151712

### Processo 0820674-22.2020.8.23.0010 - (75 dia(s) em tramitação)

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 10441 - Acidente de Trânsito

**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)						
<b>Realces</b>											
<b>Realçar</b> <b>Movimentos</b> <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 <b>Ocultar</b> <b>Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória											
<b>Filtros</b>											
<b>Movimentado Por:</b> <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 <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>											
23 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 23											
500 por pág. <b>1</b>											
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por								
<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>											
<input type="checkbox"/>	23 28/10/2020 15:17:12	Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (10/10/2020)	<b>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO</b> <b>Procurador</b>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">23.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 30%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 30%; text-align: right;"><a href="#"> 2746502PETICAODEQUESITOS03.pdf</a></td></tr> <tr> <td>23.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"><a href="#"> 2746502PETICAODEQUESITOSAnexo02.pdf</a></td></tr> </table>						23.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	<a href="#"> 2746502PETICAODEQUESITOS03.pdf</a>	23.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	<a href="#"> 2746502PETICAODEQUESITOSAnexo02.pdf</a>
23.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	<a href="#"> 2746502PETICAODEQUESITOS03.pdf</a>									
23.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	<a href="#"> 2746502PETICAODEQUESITOSAnexo02.pdf</a>									
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>											
22	21/10/2020 00:00:02	(Pelo advogado/curador/defensor de Jeova de Oliveira da Paz) em 20/10/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (10/10/2020) e ao evento de expedição seq. 20.	SISTEMA CNJ								
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>											
21	19/10/2020 17:20:46	(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 19/10/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (10/10/2020) e ao evento de expedição seq. 19.	<b>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO</b> <b>Procurador</b>								
<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>											
20	10/10/2020 10:03:14	Para advogados/curador/defensor de Jeova de Oliveira da Paz com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (10/10/2020)	<b>RAFAEL DE ALMEIDA COSTA</b> <b>Analista Judiciário</b>								
<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>											
19	10/10/2020 10:03:14	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (10/10/2020)	<b>RAFAEL DE ALMEIDA COSTA</b> <b>Analista Judiciário</b>								
<input checked="" type="checkbox"/>	18 10/10/2020 10:03:04	<b>JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO</b>	<b>RAFAEL DE ALMEIDA COSTA</b> <b>Analista Judiciário</b>								
<b>DECORRIDO PRAZO DE JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ</b>											
17	07/10/2020 00:02:20	(P/ advgs. de Jeova de Oliveira da Paz *Referente ao evento (seq. 12) JUNTADA DE CERTIDÃO (02/09/2020) e ao evento de expedição seq. 13.	SISTEMA CNJ								
<b>RENÚNCIA DE PRAZO DE JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ</b>											
16	23/09/2020 08:34:46	Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (16/08/2020)	Igor Gustavo Macambira Dias <b>Advogado</b>								
<input checked="" type="checkbox"/>	15 21/09/2020 16:42:48	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>	<b>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO</b> <b>Procurador</b>								
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>											
14	14/09/2020 00:02:42	(Pelo advogado/curador/defensor de Jeova de Oliveira da Paz) em 14/09/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 12) JUNTADA DE CERTIDÃO (02/09/2020) e ao evento de expedição seq. 13.	SISTEMA CNJ								
<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>											
13	02/09/2020 20:13:01	Para advogados/curador/defensor de Jeova de Oliveira da Paz com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 12) JUNTADA DE CERTIDÃO (02/09/2020)	<b>RAFAEL DE ALMEIDA COSTA</b> <b>Analista Judiciário</b>								
<input checked="" type="checkbox"/>	12 02/09/2020 20:12:55	<b>JUNTADA DE CERTIDÃO</b>	<b>RAFAEL DE ALMEIDA COSTA</b> <b>Analista Judiciário</b>								
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>											
11	02/09/2020 00:00:02	(Pelo advogado/curador/defensor de Jeova de Oliveira da Paz) em 01/09/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (16/08/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	SISTEMA CNJ								



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo: 08206742220208230010**

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho proferido por este Juízo, apresentar os seus quesitos.

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 26 de outubro de 2020.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI  
101-B - OAB/RR**

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Slair Inácio de Souza  
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Jeová de Oliveira da Paz inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.658.383-63  
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jeová de Oliveira da Paz  
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.658.383 / 63, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

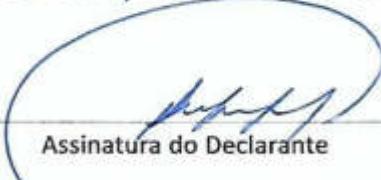
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Zuricis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>IL01RRR@HOTMAIL.COM</u>			

Local e Data: Boa Vista - RR, 18/07/2020

  
Assinatura do Declarante

Visita  
Cirurgia

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA** 1<sup>a</sup> Classificação Reclassificação  
 Secretaria de Estado da Saúde Vermelho  
 Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Laranja  
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.: Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

2001237434	22/04/2020 10:15:55	<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		<b>TRAUMATOLOGIA</b>		DIURNO 07-19	11
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
<b>JEÓVA DE OLIVEIRA DA PAZ</b>		26/07/1978	41 A 8 M 27 D		00265838363		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	
Mãe				M		Nacionalidade	
Maria de Fátima de Oliveira da Paz					PARDA	BRASILEIRA	
Endereço	RUA - CC 34 - SN - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR					Contato	
						Ocupação	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>						
Setor	Type de Chegada	Procedimento Sol.					Registrado por:
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>DEMANDA ESPONTÂNEA</b>						<b>ERBEJONE.SIMPILICIO</b>
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						

Dor no abdôm. O	GSC	TOTAL
Anamnese de Enfermagem	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Precisa de urina de urinolitíase e nexo com  
trauma em abdôm. O

Exame Físico

Fixar de concurso? O?

Hipótese Diagnóstica



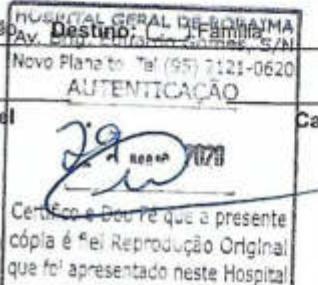
SADT - Exames Complementares

RAIO-X     ULTRA-SON     TC     SANGUE     URINA     ECG     OUTROS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
D. P. - Tumor abdominal		
Tumor abdominal		
EV. ORTODÔNTO		
Tamam Renerys Cirurgia Geral CRM-RR 1443 / ROE 63*		

Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: _____	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: / / : :
---------	---	--

óbito	Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>HOSPITAL GERAL DE BRASÍLIA/MA</b> <b>Av. Presidente Dutra, 1000 - Centro, S/N</b> <b>Novo Prédio Tel: (95) 7121-0620</b> <b>AUTENTICAÇÃO</b>	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :
-------	--	--	--

Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico
Impresso por: erbejone.simplicio Data Hora: 22/04/2020 10:16:28	Certifico e Declaro que a presente cópia é a Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital	





**RORAIMA ENERGIA**  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 5263295

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 . 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

**OBSERVAÇÕES**

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

- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



**RORAIMA ENERGIA**  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
IE: 240070223

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

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

NOME: ILOR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG: 08000000000000000000  
114807 889 RR

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

PLAÇA: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO:  ACC:  CAT. MOTO: AB

Nº REGISTRO: 01101912304 VALADE: 28/01/2020 1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador

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

92485240616  
98207968020

AVISEMOS QUE ESTE DOCUMENTO FICA SUSPENSO QUANDO FOR PAGO.

ASSINATURA DO EMISSOR

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:

José da Oliveira da Paz

NACIONALIDADE:

Brasileiro

PROFISSÃO:

000077567597-0

IDENTIDADE:

ENDEREÇO: Rua CC 24 N° 204 Loura Moreira

OUTORGADO

NOME:

Gleison Antônio de Souza

NACIONALIDADE:

Brasileiro

PROFISSÃO:

Atormento

IDENTIDADE:

114.807 SSP-RR

ENDEREÇO: R. Antônio p. Salvadore 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 constituí o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 22/04/2020 cobertura Invalidez, vitima: José da Oliveira da Paz.

Boa Vista 29-04-2020

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



José da Oliveira da Paz



DANIEL  
AQUINO

1942713498479906  
Reconhecido por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
JOSE DA OLIVEIRA DA PAZ

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabellão e Registrador  
Av. Atahá de Taiva, 4207 - Asa Branca - Boa Vista  
fone: (65) 3827-4215  
E-mail: daniel.aquino@cartorio2oficio.com.br

Em testemunho da verdade, LFS  
De que deu fôr. Boa Vista/RR, 29 de abril de 2020.  
Conselho dos Sistêmicos Unificados em Cidades portariacon.com.br:  
RECIFIR166296WJJZOZTATPZNSA40 /

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos ISS: R\$ 0,65 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71

Julian Oliveira Aquino  
Escrevente Autorizada

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202208/20

**Número do Sinistro:** 3200256816

**Vítima:** JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ

**CPF:** 002.658.383-63

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/04/2020

JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/07/2020  
Nome: JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ  
CPF: 002.658.383-63

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2020  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

---

JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ

---

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 21 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200256816**

**Vítima: JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ**

**Data do Acidente: 22/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200256816**

**Vítima: JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ**

**Data do Acidente: 22/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200256816**

**Vítima: JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ**

**Data do Acidente: 22/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200256816**

**Vítima: JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ**

**Data do Acidente: 22/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA ONLINE DE RR  
ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 4413/2020 - Registrado em: 09/06/2020 às 15h 28min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 22/04/2020 às 09h 15min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ATAIDE TEIVE

Nº: S/Z

CEP: 69300-00

Bairro: ASA BRANCA

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

JOVA DE OLIVEIRA DA PAZ(41), nascido(a) em 26/07/1978, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de VIGILANTE, CPF Nº 002.658.383-63, País: BRASIL, natural de VITORIA DO MEARIM-MA, filho(a) de MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA DA PAZ e ANTONIO VIANA DA PAZ, endereço: CC 24, cep: 69318-115, Nº: 204, bairro SENADOR HELIO CAMPOS, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99147-9282.

**OBJETOS**

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MODELO HONDA/CG 160 FAN , COR: PRETA, ANO: 2018/2019, PLACA: NAS-9336, PROPRIETARIO: RAYANE SOBRINHO DE OLIVEIRA DA PAZ, QUANDO IA SENTIDO BAIRRO/ CENTRO, E AO ULTRAPASSAR UM TAXI LOTAÇÃO SENTIU ALGO ENCOSTAR NA TRASEIRA DA SUA MOTOCICLETA VINDO A CAIR AO SOLO QUE COM A QUEDA SOFREU FRATURA NA CLAVICULA. O MESMO INFORMA QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS ATÉ O HGR. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

ROGERIO FERREIRA DA SILVA  
AGENTE DE POLICIA  
MATRÍCULA: 050069788  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

*X*Jeová de Oliveira da Paz  
JEOVÁ DE OLIVEIRA DA PAZ  
COMUNICANTE

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **32001256836**

Data da solicitação: **27-07-2020**  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **Jeova de Oliveira da Paz**

CPF do beneficiário: **002.658.383-63**

Nome do solicitante: **Jeova de Oliveira da Paz**

CPF do solicitante: **002.658.383-63**

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 99347-9282 Tel. Comercial: (95) 99342-4763 Tel. Residencial: ( )

E-mail: **jeovar@outlook.com**

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**O Boletim de ocorrência é feito online e assinado eletronicamente**

**Boa Vista - RR, 27/07/2020**

Local e Data

**Jeova de Oliveira da Paz.**

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).





**RORAIMA ENERGIA**  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 5263295

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 . 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

**OBSERVAÇÕES**

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

- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



**RORAIMA ENERGIA**  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
IE: 240070223

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

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

NOME: ILOR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG: 08000000000000000000  
114807 889 RR

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

PLAÇA: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO:  ACC:  CAT. MOTO: AB

Nº REGISTRO: 01101912304 VALADE: 28/01/2020 1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador

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

92485240616  
98207968020

AVISEMOS QUE ESTE DOCUMENTO FICA SUSPENSO  
ATÉ DATA DE EMISSÃO

Assinatura da Emissora

