

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Sr. **EDWILSON ALVES DE MEDEIROS**, Brasileiro, Solteiro, Eletricista, portador da carteira de identidade nº 88.563 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 323.248.202-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: São Joaquim, nº 106, Bairro: Silvio Leite, CEP: 69.314-342, Tel. (95) 99121-9457 / 99124-6177.

**Outorgados:** Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

**Poderes específicos:** para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judícia”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 26 de março de 2020.

  
**EDWILSON ALVES DE MEDEIROS**

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

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITORIOS NACIONAIS  
1294695977

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1294695977

NOME  
EDWILSON ALVES DE MEDEIROS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA  
88563 SSP RR

CPF  
323.248.202-34

DATA NASCIMENTO  
01/11/1972

FILIAÇÃO  
CORIOLANO JOSE DE  
MEDEIROS  
FRANCISCA ALVES DOS  
REIS

PERMISSÃO  
2

ACC  
8

CAT. HAB.  
A/B

Nº REGISTRO  
01832510058

VALIDADE  
12/08/2021

Nº HABILITAÇÃO  
18/12/1995

OBSERVAÇÕES

*Edwilson Alves de Medeiros*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
12/08/2016

29255179188  
RR208942548

LUIZ EDUARDO SILVA DE CASTILHO  
DIRETOR PRECATORIO INTERNO

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, eu **EDWILSON ALVES DE MEDEIROS**, Brasileiro, Solteiro, Eletricista, portador da carteira de identidade nº 88.563 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 323.248.202-34. **DECLARO** para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: São Joaquim, nº 106, Bairro: Silvio Leite, CEP: 69.314-342.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 26 de março de 2020.

Edwilson Alves de Medeiros  
Declarante

## **DECLARAÇÃO DE POBREZA**

Eu, **EDWILSON ALVES DE MEDEIROS**, Brasileiro, Solteiro, Eletricista, portador da carteira de identidade nº 88.563 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 323.248.202-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: São Joaquim, nº 106, Bairro: Silvio Leite, CEP: 69.314-342.

**DECLARO** para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 26 de março de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
**EDWILSON ALVES DE MEDEIROS**



581687



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038875/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/11/2019 08:18 Data/Hora Fim: 05/11/2019 08:42  
Origem: Polícia Judiciária Data: 05/11/2019  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 26/10/2019 13:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Alvorada  
Logradouro: São Joaquim  
Complemento: Cruzamento com a Avenida Mário Homem de Melo  
Ponto de Referência: Divisa dos Bairros Alvorada e Dr. Sílvio Leite  
Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                                                                                           | Meio(s) Empregado(s) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB ) | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDWILSON ALVES DE MEDEIROS (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 01/11/1972  
Profissão: Eletricista Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Francisca Alves dos Reis Nome do Pai: Coriolano José de Medeiros

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 323.248.202-34  
RG - Carteira de Identidade: 88.563

Endereço

Município: Boa Vista - RR Nº: 106  
Logradouro: Av.: São Joaquim  
Complemento: Casa  
Bairro: Dr. Sílvio Leite  
Telefone: (95) 99124-6177 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo Subgrupo Motocicleta/Motoneta  
Veículo Adulterado? Não Quantidade 1 Unidade  
Situação Meio Empregado

| Nome Envolvido | Envolvimentos           |
|----------------|-------------------------|
| Desconhecido 1 | Proprietário, Possuidor |



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 05/11/2019 08:42  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038875/2019

|                                                    |                                           |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Grupo Veículo</b>                               | <b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta      |
| <b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 05.067.851/0001-75 | <b>Placa</b> NAL-7568                     |
| <b>Renavam</b> 00786229039                         | <b>Número do Motor</b> JC30E13007875      |
| <b>Número do Chassi</b> 9C2JC30103R007875          | <b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2003/2002    |
| <b>Cor</b> PRATA                                   | <b>UF Veículo</b> Roraima                 |
| <b>Município Veículo</b> Boa Vista                 | <b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG 125 TITAN KS |
| <b>Modelo</b> HONDA/CG 125 TITAN KS                | <b>Veículo Adulterado?</b> Não            |
| <b>Quantidade</b> 1 Unidade                        | <b>Situação</b> Envolvido                 |
| <b>Nome Envolvido</b>                              | <b>Envolvimentos</b>                      |
| Edwilson Alves de Medeiros                         | Possuidor                                 |

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 01832510058), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta também descrita acima e que está em nome da empresa EPTUS DA AMAZÔNIA LTDA. Que teve sua preferencial invadida por outra motocicleta, ocasionando à colisão. Que ambos os condutores sofreram lesões, sendo que o comunicante foi removido para o HGR e o condutor da motocicleta ocasionadora foi liberado ainda no local pelos atendentes daquele serviço de resgate. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 042000908

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000908  
Responsável pelo Atendimento

Edwilson Alves de Medeiros

Edwilson Alves de Medeiros  
(Envolvido / Comunicante / Vítima)

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



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 05/11/2019 08:42  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



...: Guia de Atendimento 17:...



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

1ª Classificação/Reclassificação

**Reclassificação**  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass

|Reclassificação

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

**|Reclassificação**

**Reclassificação**  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| 1901178636                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 26/10/2019 13:51:14                                   |  | FICHA DE ATENDIMENTO                                                                                                                                       |  | TRAUMATOLOGIA                  |  | DIÚRNO 07-19                                                                                                                                                                                                                               |  | 28                                |  |
| Paciente<br><b>EDWILSON ALVES DE MEDEIROS</b>                                                                                                                                                                                                               |  |                                                       |  | Data Nascimento<br><b>01/11/1972</b>                                                                                                                       |  | Idade<br><b>46 A 11 M 25 D</b> |  | CNS<br><b>700004312166204</b>                                                                                                                                                                                                              |  | CPF<br><b>32324820234</b>         |  |
| Tipo Doc<br><b>IDENTIDADE</b>                                                                                                                                                                                                                               |  | Documento<br><b>88563</b>                             |  | Órgão Emissor Data Emissão Sexo<br><b>SSP-RR 04/10/2000 M</b>                                                                                              |  | Estado Civil<br><b>PARDA</b>   |  | Raça/Cor<br><b>BOA VISTA - RR</b>                                                                                                                                                                                                          |  | Naturalidade<br><b>BRASILEIRA</b> |  |
| Mãe<br><b>FRANCISCA ALVES DOS REIS</b>                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                       |  | Pai<br><b>COROLANO JOSE DE MEDEIROS</b>                                                                                                                    |  |                                |  | Contato<br><b>(95) 99124-6177</b>                                                                                                                                                                                                          |  | Ocupação<br><b>NÃO INFORMADA</b>  |  |
| Endereço<br><b>RUA - RUA ZULDIMAR SARAIVA DE PINHO - 95 - JARDIM CARANA - BOA VISTA - RR</b>                                                                                                                                                                |  |                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
| Class. de Risco                                                                                                                                                                                                                                             |  | Plano Convênio<br><b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> |  | Nº da Carteira                                                                                                                                             |  | Validade                       |  | Autorização                                                                                                                                                                                                                                |  | Sis Prenatal                      |  |
| Motivo do Atendimento<br><b>ACIDENTE DE MOTO</b>                                                                                                                                                                                                            |  | Caráter do Atendimento<br><b>URGÊNCIA</b>             |  | Profissional do Atend.                                                                                                                                     |  | Procedência                    |  | Temp.                                                                                                                                                                                                                                      |  | Peso Pressão                      |  |
| Setor<br><b>GRANDE TRAUMA</b>                                                                                                                                                                                                                               |  | Tipo de Chegada<br><b>SAMU CAPITAL</b>                |  | Procedimento Sol.                                                                                                                                          |  |                                |  | Registrado por:<br><b>ELIENE</b>                                                                                                                                                                                                           |  |                                   |  |
| Queixa Principal<br><i>Febre e dor no abdômen</i>                                                                                                                                                                                                           |  |                                                       |  | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue                     |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
| Anamnese de Enfermagem<br><i>paciente com febre</i>                                                                                                                                                                                                         |  |                                                       |  | GSC<br>AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6                                                                                                          |  |                                |  | TOTAL                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                   |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)<br><i>avaliada com Dor em</i>                                                                                                                                                                                 |  |                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
| Exame Físico<br><i>pau fixo a @ de um</i>                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
| Hipótese Diagnóstica<br><i>cnd baco @ cl-t-a</i>                                                                                                                                                                                                            |  |                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
| SADT - Exames Complementares<br><input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: |  |                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
| PRESCRIÇÃO<br><i>auter lavo D.T.S</i>                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                       |  | APRAZAMENTO                                                                                                                                                |  |                                |  | OBSERVAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
| Conduta<br><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido<br><input type="checkbox"/> Alta a Revelia<br><input type="checkbox"/> Transferência para:                                                            |  |                                                       |  | <input type="checkbox"/> Ambulatorio<br><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Internação<br>Data e Hora da Saída/Alta: |  |                                |  | Hospital Geral de Roraima<br>Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N<br>Novo Planalto - (95) 3333-0020<br>AUTORIZADO<br>30 OUT 2019<br>Shete<br>Certifico e Dou fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital |  |                                   |  |
| óbito<br>Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica                                                                      |  |                                                       |  |                                                                                                                                                            |  |                                |  |                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                   |  |

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

**Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: eliene  
Data Hora: 26/10/2019 13:52:06

© 2019  
SOTECH - Soluções em Tecnologia  
ISA - Inteligência em Saúde  
Vers. 4.2.55 - 01.08.92

102.5.252:8888/IS4/is4//DD41FC89-AC5A-46E6-BA9B-1D1A8E5C9D33.html

1

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



Ortopedia Dr. M. Moraes  
trauma contuso em  
punhos E  
CD 2 AVEB - Analise

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1964



27/10/2019

...: Guia de Atendimento 17 ...



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

o/Reclassificação

( ) Vermelho  
( ) Laranja  
( ) Amarelo  
( ) Verde  
( ) Azul Ass

|Reclassificação

( ) Vermelho  
( ) Laranja  
( ) Amarelo  
( ) Verde  
( ) Azul Ass.

|Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass

[illegible]

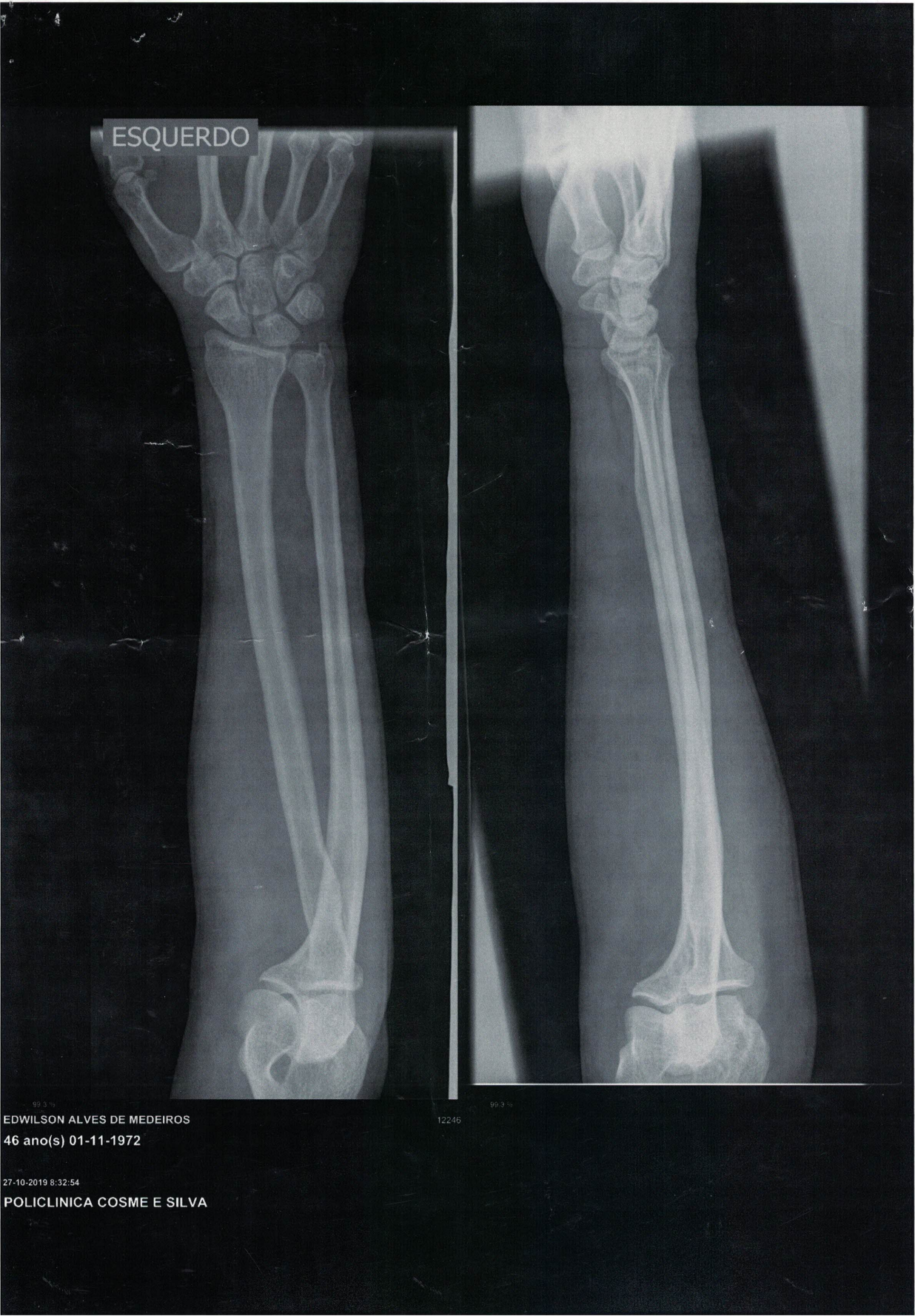
Impresso por: leandro  
Data Hora: 27/10/2019 09:51:56

### Carimbo e Assinatura do Médico



190117890

18/09/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: RAO X





| PARECER DE ANÁLISE MÉDICA                                                        |                                              |  |              |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|
| <b>DADOS DO SINISTRO</b>                                                         |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Número: 3200115084                                                               | Cidade: Bos Vista                            | Natureza: Invalidez Permanente                                                      |              |                       |
| Vítima: EDWILSON ALVES DE MEDEIROS                                               | Data do acidente: 26/10/2019                 | Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.                                         |              |                       |
| <b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b> |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Data da análise: 19/03/2020                                                      |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Valoração do IML: 0                                                              |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Perícia médica: Não                                                              |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO                                           |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA                            |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Sequelas permanentes: REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO            |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Sequelas: Com sequela                                                            |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Documento/Motivo:                                                                |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Nome do documento faltante:                                                      |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Apontamento do Laudo do IML:                                                     |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Conduta mantida:                                                                 |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PUNHO ESQUERDO         |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Documentos complementares:                                                       |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Observações:                                                                     |                                              |                                                                                     |              |                       |
| Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.               |                                              |                                                                                     |              |                       |
| <b>DANOS</b>                                                                     |                                              |                                                                                     |              |                       |
| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                      | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)                                | % Apurado    | Indenização pelo dano |
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos                                    | 25 %                                         | Em grau residual - 10 %                                                             | 2,5%         | R\$ 337,50            |
|                                                                                  |                                              | <b>Total</b>                                                                        | <b>2,5 %</b> | <b>R\$ 337,50</b>     |



**SINISTRO 3200115084 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** EDWILSON ALVES DE MEDEIROS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

GENTE SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** EDWILSON ALVES DE MEDEIROS

**CPF/CNPJ:** 32324820234

**Posição em 26-03-2020 10:02:54**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| <b>Data do<br/>Pagamento</b> | <b>Valor da<br/>Indenização</b> | <b>Juros e<br/>Correção</b> | <b>Valor<br/>Total</b> |
|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 27/03/2020                   | R\$ 337,50                      | R\$ 0,00                    | R\$ 337,50             |

