

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:
2942216120201221105511

Processo 0830390-73.2020.8.23.0010  - (24 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

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"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>																	
12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12																	
500 por pág.  1																	
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por														
 12	21/12/2020 10:55:11	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">12.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 40%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 40%; text-align: right;"> 2773214CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 20%; text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>12.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> 2773214CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> KITSEGURADORALIDER.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> </table>						12.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2773214CONTESTACAO01.pdf	Público	12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2773214CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público	12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
12.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2773214CONTESTACAO01.pdf	Público														
12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2773214CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público														
12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KITSEGURADORALIDER.pdf	Público														
11	17/12/2020 21:04:40	RENÚNCIA DE PRAZO DE RAQUEL DOS SANTOS GOMES Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (27/11/2020)	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS Advogado														
10	14/12/2020 11:37:59	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 14/12/2020 referente ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador														
9	11/12/2020 00:02:05	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Raquel dos Santos Gomes) em 10/12/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (27/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ														
 8	10/12/2020 12:08:10	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - utilizando contrafé	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária														
7	30/11/2020 13:47:43	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Raquel dos Santos Gomes com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (27/11/2020)	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário														
 6	27/11/2020 11:25:52	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado														
5	26/11/2020 15:11:14	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ														
4	26/11/2020 15:11:14	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ														
3	26/11/2020 15:11:14	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ														
2	26/11/2020 15:11:14	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ														
 1	26/11/2020 15:11:13	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS Advogado														



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, 14 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200342718 **Vítima: RAQUEL DOS SANTOS GOMES**

Data do Acidente: 02/06/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAQUEL DOS SANTOS GOMES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: RAQUEL DOS SANTOS GOMES

Valor: R\$ 675,00

Banco: 033

Agência: 000004510

Conta: 000001070141-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 050.090.982-50 Joaquel dos Santos Gomes

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

5 - Nome completo: Joaquel dos Santos Gomes
7 - Profissão: Atendente
11 - Bairro: Equatorial
13 - Estado: RJ
6 - CPF: 050.090.982-50
9 - Número: 959
14 - CEP: 69.381-300
16 - Tel(DDD): (95) 99354-4282

8 - Endereço: Av. São José
12 - Cidade: Bca. Vista
10 - Complemento:
15 - E-mail: flaurr@hotmail.com

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander

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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 33 - 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.

31
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

40 - Local e Data, *Bca. Vista, RJ, 23 de Junho de 2020*
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5UQ MK877 RU6QG ZWTDA



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

Ocorrência Nº: 6056/2020 - Registrado em: 06/07/2020 às 13h 14min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 02/06/2020 às 11h 45min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ATAIDE TEIVE

Nº: S/N

CEP: 69000-000

Bairro: BURITIS

Tipo de local: VIA RURAL

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

RAQUEL DOS SANTOS GOMES(28), nascido(a) em 06/03/1992, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ATENDENTE, CPF Nº 010.090.982-50. País: BRASIL, natural de ALTAMIRA-PA, filho(a) de MARIA ELIENE SANTOS COSTA e ROBERTO DOS SANTOS GOMES, endereço: SAO JOSE, cep: 69300-000, Nº: 919, bairro: JARDIM EQUATORIAL, BOA VISTA-RR. Telefone: (95) 99143-2054.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ANO: 2019/2020 COR: PRETA CHASSI: 9C2C2200LR024205. PLACA: NAQ2D62, DE PROPRIEDADE DE WIRLEM BENTES DINIZ CPF: 008.532.682-82. NO ENDEREÇO ACIMA SENTIDO CENTRO NA FAIXA DA DIREITA, QUANDO UM CARRO QUE VINHA NO MESMO SENTIDO AO LADO DIREITO DA SUA FAIXA VIROU A ESQUERDA DA VIA ATRAVESSANDO NA SUA FRENTE NÃO DANDO TEMPO DA MESMA DESVIAR COLIDINDO ASSIM NA LATERAL DO CARRO, QUE COM A COLISÃO A MESMA CAIU AO SOLO SOFRENDO FRATURA NO PÉ ESQUERDO. A MESMA INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDA PELO EQUIPE CORPO DE BOMBEIROS. É O RELATO.

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

JOSE R. C. ARAUJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Raquel dos Santos Gomes
RAQUEL DOS SANTOS GOMES
COMUNICANTE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAQUEL DOS SANTOS GOMES

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04510

CONTA: 000001070141-8

Nr. da Autenticação E1CE64C51906630E



Seguradora
LÍDER
Acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ALTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.053.532-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Roquel dos Santos Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.090.982-50
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Roquel dos Santos Gomes
inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.090.982-50, 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 à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia da art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua: Antônio Pinheiro Galvão
Bairro: Buritis Cidade: Boa Vista
E-mail: Joaozz@hotmail.com

Número: 3839 Complemento: _____
Estado: R CEP: 69.309.269
Tel. (DDD): (95) 99154-4282

Local e Data: Boa Vista - RR, 07 de julho de 2020


Assinatura do Declarante



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Raguel S. Carneiro RECEITUÁRIO

Paciente refere trauma
contuso no pé ①, dia
02/06/20, mundo permit
praticar com reposição
base do 5º metatarso ①
00 RX.

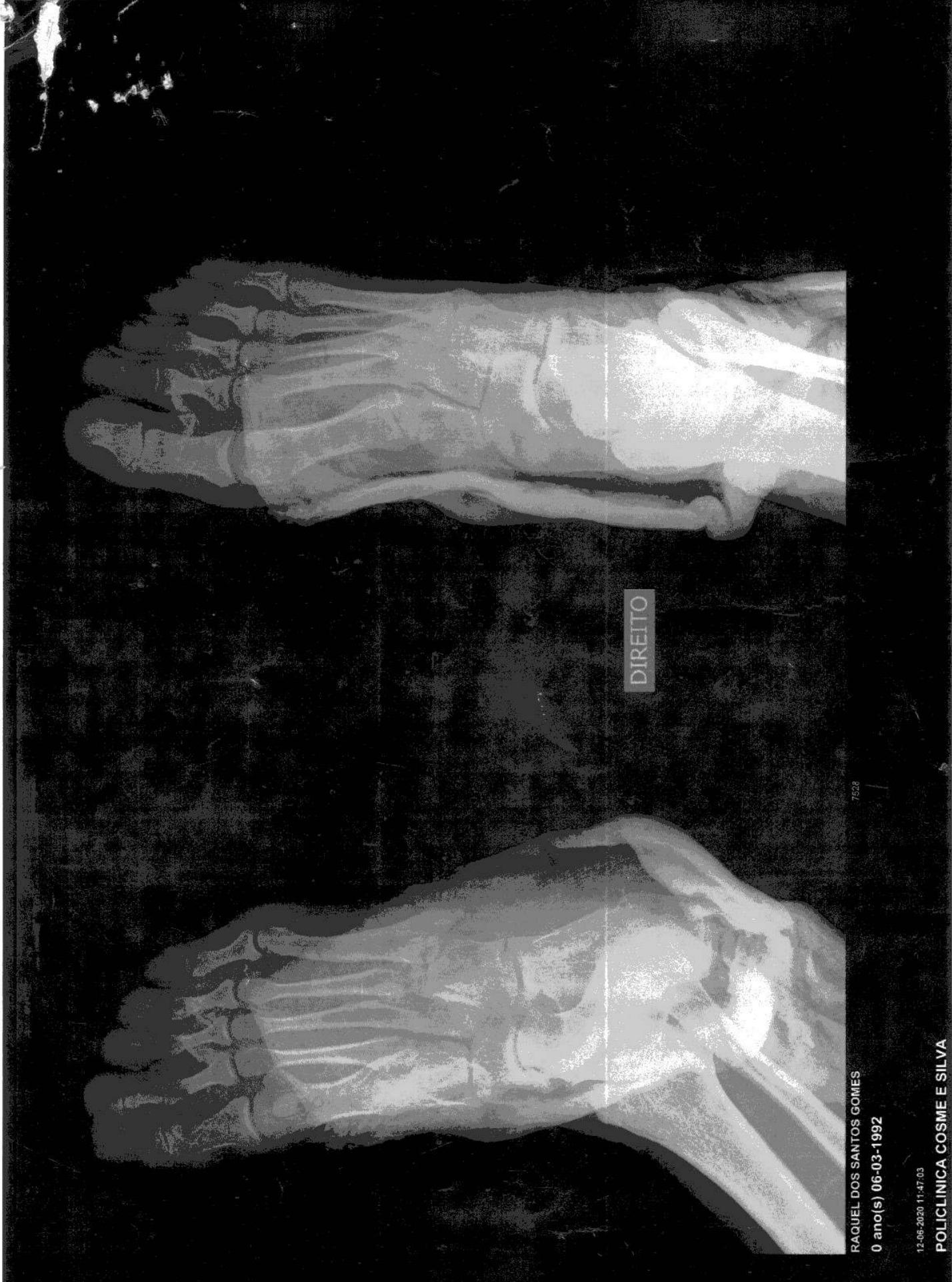
Seguro 45 dias de
afastamento à cat 7
02/06/20

DATA 26/6/20

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 84.013.408/0001-98
Telefone 2121 7474



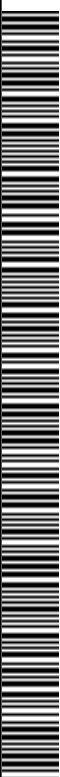


RAQUEL DOS SANTOS GOMES

0 ano(s) 06-03-1992

POLICLINICA COSME E SILVA

12-06-2020 11:47:03



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5UQ MK877 RU6QG ZWTDA



Reclamo paciente vítima de acidente
com queixa de dor im ^{peritônio} no lado
direito.

RT: Sím evidência de fratura
ou luxação

CV: tal gessoado
- acompanhamento ambulatorial

Ass: Rogério

Loazzli Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124



04/05/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC: 1089170



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

RORAIMA ENERGIA

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR 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



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO
1089170

MÊS
05/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 554,71

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

NAME	ILOIR INACIO DE SOUZA
DOC. IDENTIDADE / RG. EMISSOR	114807 SSP RR
CPF	383.051.512-04
DATA NASCIMENTO	07/04/1978
FIÇÃO	JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
PERMISSÃO	ACC CAT/AB
Nº REGISTRO	0110192304
VALIDADE	28/01/2026
1ª HABILITAÇÃO	15/12/1999
OBSERVAÇÕES	
Assinatura do Portador	
1096	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015
STFICAR	92485240616 RORAIMA

Mh





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Raquel dos Santos Gomes

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Atendente

IDENTIDADE: 345989-6

ENDEREÇO: Av. São José, 919, Equatorial

OUTORGADO

NOME: Flor Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114807

ENDEREÇO: Rua: Antônio P. Galvão - 1832, Buritis

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: 02/06/2020, cobertura Boaval des, vitima: Raquel dos Santos Gomes.

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 23 DE junho /2020.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200342718
Vítima: RAQUEL DOS SANTOS GOMES

Cidade: Boa Vista
Data do acidente: 02/06/2020

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270372/20

Vítima: RAQUEL DOS SANTOS GOMES

CPF: 010.090.982-50

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/06/2020

Titular do CPF: RAQUEL DOS SANTOS GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

RAQUEL DOS SANTOS GOMES : 010.090.982-50

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: 24/09/2020
Nome: RAQUEL DOS SANTOS GOMES
CPF: 010.090.982-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

RAQUEL DOS SANTOS GOMES

MANOEL COELHO NETO