

**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:**  
**2951771420210113161006**

**Processo 0831578-04.2020.8.23.0010** - (33 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 4847 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b>					
<b>Realçar Movimentos de:</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 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"/> Advogado NPJ <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"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág.  1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
9	13/01/2021 16:10:06	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776448CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776448CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN) em 21/01/2021			
	8	25/12/2020 00:01:15	com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (14/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ	
	7	14/12/2020 13:11:04	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (14/12/2020)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário	
6	14/12/2020 12:32:01	<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b>	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado		
5	10/12/2020 17:57:23	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ		
4	10/12/2020 17:57:23	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ		
3	10/12/2020 17:57:23	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	10/12/2020 17:57:22	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
1	10/12/2020 17:57:22	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos Advogado		



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 Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200034806**

**Vítima: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN**

**Data do Acidente: 13/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
<b>Documentos de identificação</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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 Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200034806**

**Vítima: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN**

**Data do Acidente: 13/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

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

**Senhor(a), JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15403467



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, 30 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200034806**

**Vítima: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN**

**Data do Acidente: 13/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
<b>Documentos de identificação</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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, 11 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200034806**

**Vítima: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN**

**Data do Acidente: 13/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN**

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

<b>Documentos de identificação</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------------	--

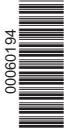
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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, 17 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200034806**

**Vítima: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN**

**Data do Acidente: 13/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00195/00196 - carta\_03 - INVALIDEZ



00050098

Carta nº 15520887

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDLF 4KWRC Q5SND VKCQ3



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, 15 de Marco de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200034806** Vítima: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN

Data do Acidente: 13/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Signer(s): JOHNNY JOSUE PEREZ GUZMAN

SEARCHED (a), SERIALIZED, INDEXED, FILED

Informamos que o

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN**

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000070517-6

Tipo: **CONTA POUPANCA**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**706.620.792-05 Jonny Josue Perez Guzman**

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

5 - Nome completo: **Jonny Josue Perez Guzman** 6 - CPF: **706.620.792-05**  
7 - Profissão: **Comerciante** 8 - Endereço: **Rua: Sandria Lages** 9 - Número: **905** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **Buritis** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP:  
15 - E-mail: **ILOIRR@HOTMAIL.COM** 16 - Tel.(DDD): **(93) 98403-5060**

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 BANCARIOS:  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:

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

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim  Nascrito (vai nascer)?  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim  Pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder págárá, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34  Imprensa digital da vítima ou beneficiário que assinou o rogo/a pedido  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

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

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

38 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

39 - Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Boa Vista - RR 25/01/2020**  
**x Jonny Perez**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **32CD - 034806** 3 - CPF da vítima: **706.626.702-05** 4 - Nome completo da vítima: **Jonny Jorge Perez Guzman**

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

5 - Nome completo: **Jonny Jorge Perez Guzman** 6 - CPF: **706.626.702-05**  
7 - Profissão: **autônomo** 8 - Endereço: **Av Carlos P. Melo** 9 - Número: **721** 10 - Complemento: **Ap.01**  
11 - Bairro: **Farolim Flores** 12 - Cidade: **Joaústa** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.312-005**  
15 - E-mail: **ILDERRR@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(95)98403-5060**

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

### 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 do 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 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  Vívio 24 - Data da morte da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцturo (nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por Infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário que assinou o documento

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

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

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

40 - Local e Data, **Boa Vista - RR 20/02/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FFP.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	Jeanne Victoria Oliveira Bezerra	
2 - Nº do sinistro ou ASL: 033.806.382-00 4 - Nome completo da vítima: Jeanne Victoria Oliveira Bezerra				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	Jeanne Victoria Oliveira Bezerra		6 - CPF:	033.806.382-00
7 - Profissão:	estudante	8 - Endereço:	Residencial Cassimiro José da Silva	9 - Número: 1216
11 - Bairro:	Dr. Silviano Heitor	12 - Cidade:	Bonfim	13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-344
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (65) 98404-5368			
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:  
 RECUZO INFORMAR       R\$1.00 A R\$1.000,00  
 SEM RENDA       R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00       R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 4263	CONTA: 66991	AGÊNCIA: 3
(Informar o dígito se existir)	(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 do 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasцturo (velhastros)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impronta das digitas da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_  
Jeanne Victoria Oliveira Bezerra

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **32CD - 034 806** 3 - CPF da vítima: **706.620.702-05** 4 - Nome completo da vítima: **Jonny Jorge Perez Guzman**

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

5 - Nome completo: **Jonny Jorge Perez Guzman** 6 - CPF: **706.620.702-05**  
7 - Profissão: **autônomo** 8 - Endereço: **Av Carlos P. Melo** 9 - Número: **724** 10 - Complemento: **AP.01**  
11 - Bairro: **Jardim Flores** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.312-005**  
15 - E-mail: **ELDIRR@HOTMAIL.COM** 16 - Tel.(DDD): **(95)99403-5060**

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:

RECUZO 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: **3027** CONTA: **70517** (6)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 5.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do 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 automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцturo (val rasos)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 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.

34  
Impressão  
digital da  
vítima/benfe-  
ciário declarante

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Boa Vista - RR 25/10/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 045468/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/12/2019 11:35 Data/Hora Fim: 19/12/2019 11:59  
Origem: Polícia Judiciária Data: 19/12/2019  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 13/10/2019 02:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Dos Estados  
Logradouro: Pernambuco  
Complemento: Avenida: Brig. Eduardo Gomes  
Ponto de Referência: Parque Anauá  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (ART. Véiculo 303, § 1º DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB )	

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Venezuelana Naturalidade: Monagaz/Maturim Sexo: Masculino Nasc: 11/03/1977  
Profissão: Comerciante Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Marlene Guzman Morocoima Nome do Pai: Josue Perez

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 706.620.792-05

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: Jandira Lago Nº: 905  
Complemento: Apartamento 01  
Bairro: Buritis  
Telefone: (95) 99163-8429 (Celular)

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO 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

Depositário, Proprietário,  
Possuidor



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 045468/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu nesta Delegacia compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava de bicicleta pela Rua: Pernambuco (NÃO PREFERENCIAL), onde ao adentrar na Avenida: Brig. Eduardo Gomes (PREFERENCIAL), ocasionou à colisão com uma motocicleta, não informar as características identificadoras, pois a mesma evadiu-se. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000908  
Responsável pelo Atendimento

Jonny Josue Perez Guzman  
(Envolvido / Comunicante / Vítima)

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

21 JAN. 2020





Via de Pagamento para o mes/ano: 12/2019 referente a UC: 1089153

### 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: 4296867

LOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>1089153</b>	MÊS <b>12/2019</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>25-NOV-19 a 24-DEC-19</b>
CONSUMO (kWh) <b>163</b>	VENCIMENTO <b>11-JAN-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 177,05</b>

### OBSERVAÇÕES

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

Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

corte aqui



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

CÓDIGO ÚNICO  
**1089153**

MÊS  
**12/2019** TOTAL A PAGAR  
**R\$ 177,05**

8360000000015.770500750003.000000001081.915312190050



21 JAN. 2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 12/2019 referente a UC: 1089153

### 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: 4296867

LOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	12/2019	25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
163	11-JAN-20	R\$ 177,05

### OBSERVAÇÕES

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

Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

corte aqui



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO  
1089153

MÊS	TOTAL A PAGAR
12/2019	R\$ 177,05

8360000000015.770500750003.000000001081.915312190050



21 JAN. 2020

DIGO

94-5

CONTAMES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	26/01/2019	128	149,39

LINDALVA VALE DA SILVA  
AV CARLOS P MELO 724 1 JARDIM FLORESTA  
CPF: 00071023917220  
CEP: 69.312-005 - BOA VISTA

ROT: 26.001.14.02.080463

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	8139		11/01/2019
Anterior:	8011		11/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Anterior: 11/02/2019
Consumo Médio:	128	FCAM	Próxima Leitura: 10/01/2019
Consumo Faturado:	128		Emissão: 11/01/2019
			Aproximação: 31

NORMAL

Cidade/Subsídio	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fal.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	16TDB01330N	1515202	1.1.1:2	160

HISTÓRICO & WD	DESCRIÇÃO DA CONTA
DEZ/18 116	CONSUMO 128 A R\$ 0,796948 = 102,00
NOV/18 121	CORREÇÃO MONETARIA DA 11/18-00 0,09
OUT/18 245	CORREÇÃO MONETARIA IG 11/18-00 0,47
SET/18 0	MULTA POR ATRASO DE I 11/18-00 0,94
AGO/18 0	JUROS DE MORA POR ATR 11/18-00 0,21
JUL/18 0	MULTA POR ATRASO 11/18-00 1,57
JUN/18 0	JUROS DE MORA DE IMPO 11/18-00 0,55
MAI/18 0	ILUMINACAO PUBLICA -43,56
ABR/18 0	
MAR/18 0	
TIFFRA SEM TRIBUTOS: 0 A 128 - 0,534626	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25/01/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEDNA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA RORAIMA ENERGIA.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 0C20.FABA.1A86.E93F.8693.6FAB.43E8.73AD

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
25,16	102,00
Distribuição: 53,31	Base de Cálculo: 17,00%
Energia: 0,00	Aliquota ICMS: 17,34
Transmissão: 2,76	Valor do ICMS: 0,61
Encargos: 20,77	Valor do PIS: 2,82
	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82  
1,10 7,00 0,27  
11/2018 31,72

FLORESTA



## 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 falta 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 Ilan Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jonny Jesus Perez Guzman

inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.620.792 / 05,

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima Jonny Jesus Perez Guzman

inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.620.792 / 05,

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_

Renda: \_\_\_\_\_

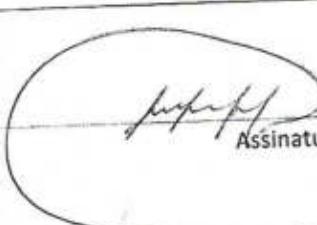
e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Pinheiro Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail:	<u>IL0IRR@HOTMAIL.COM</u>	Tel.(DDD):	<u>(65) 99154-4282</u>	CEP: <u>69.309 - 209</u>

Local e Data: \_\_\_\_\_

  
Ilan Inácio de Souza  
Assinatura do Declarante

13/01/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

13/10/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

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

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

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ast.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde

1-01-056491-TE

**Carimbo e Assinatura do M.º**

Impresso por: ana.karla  
Data Hora: 13/10/2019 0

Data Hora: 13/10/2019 02:44:49

A standard linear barcode is located at the bottom right of the page.

21 JAN. 2020

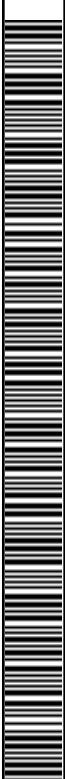
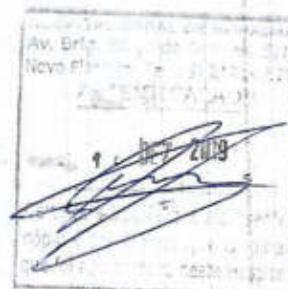
# Ortopedico

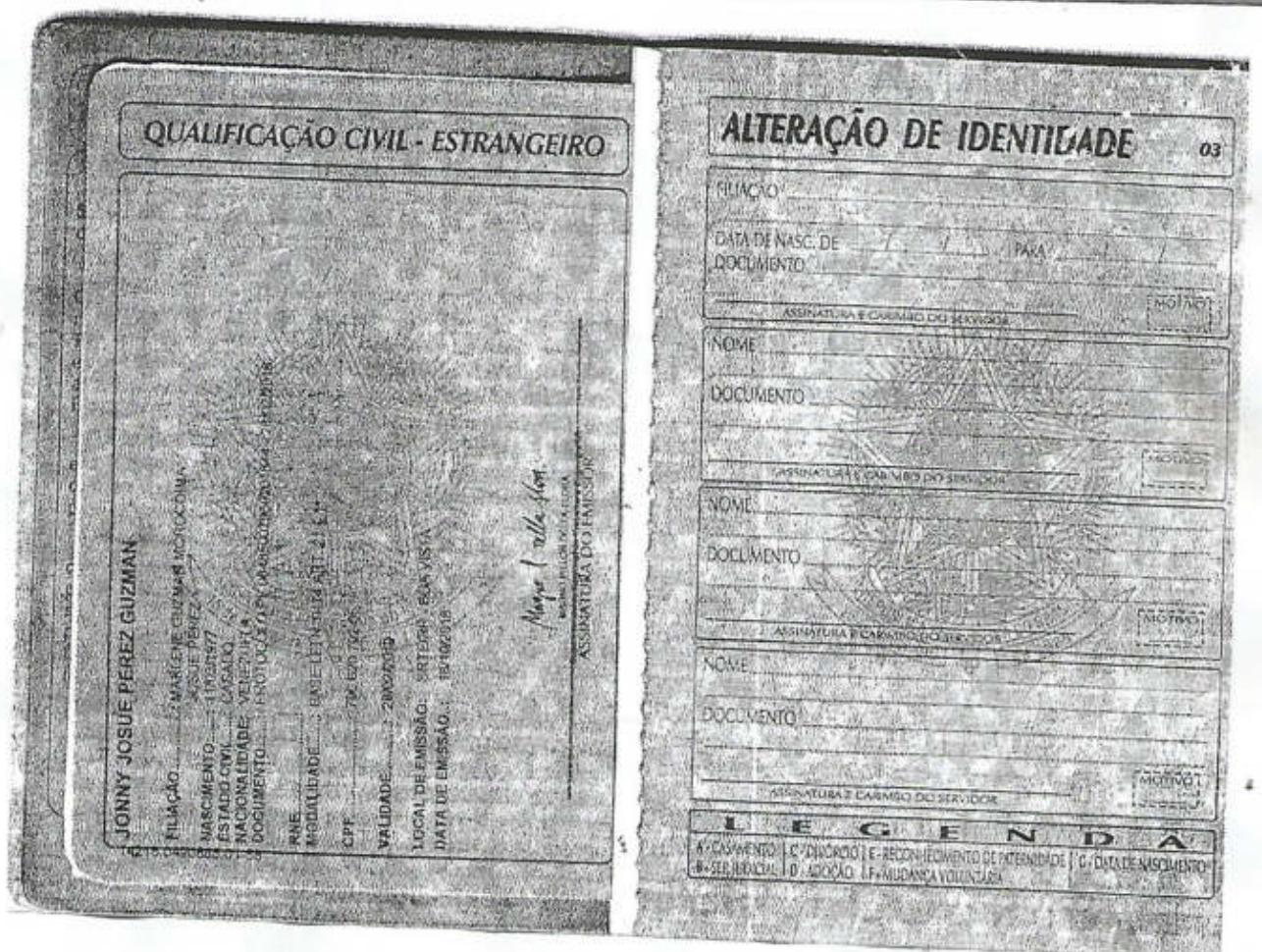
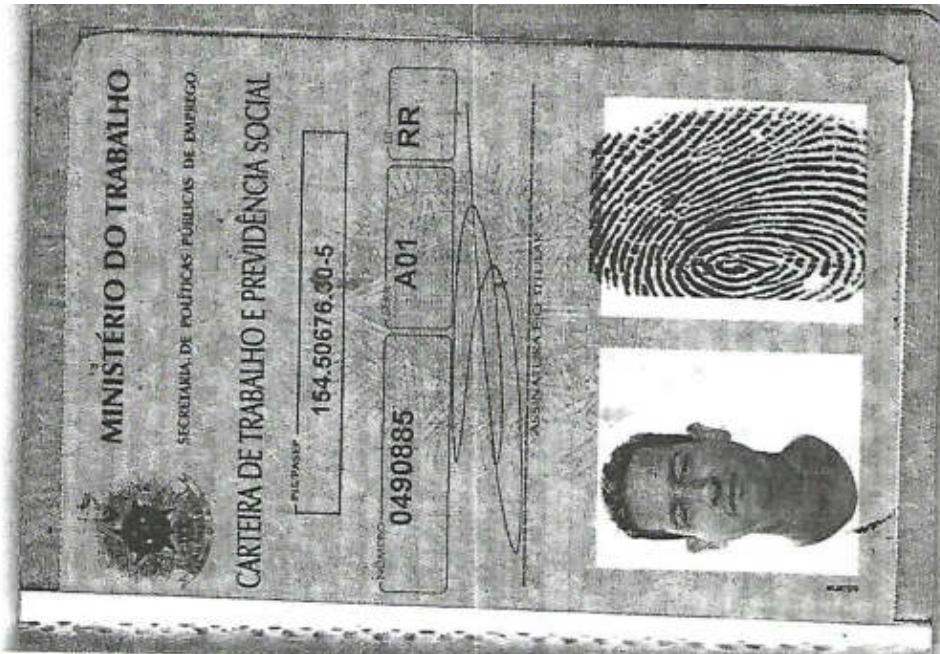
M/M. Brenner

porque refer queixa de dor no  
lumbosacral com radiação ao  
rodilho direito.

CD: Gino Charles, dor lombo  
radicular + incertidão +  
dor est + enurese.

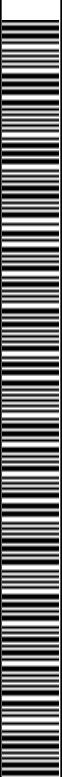
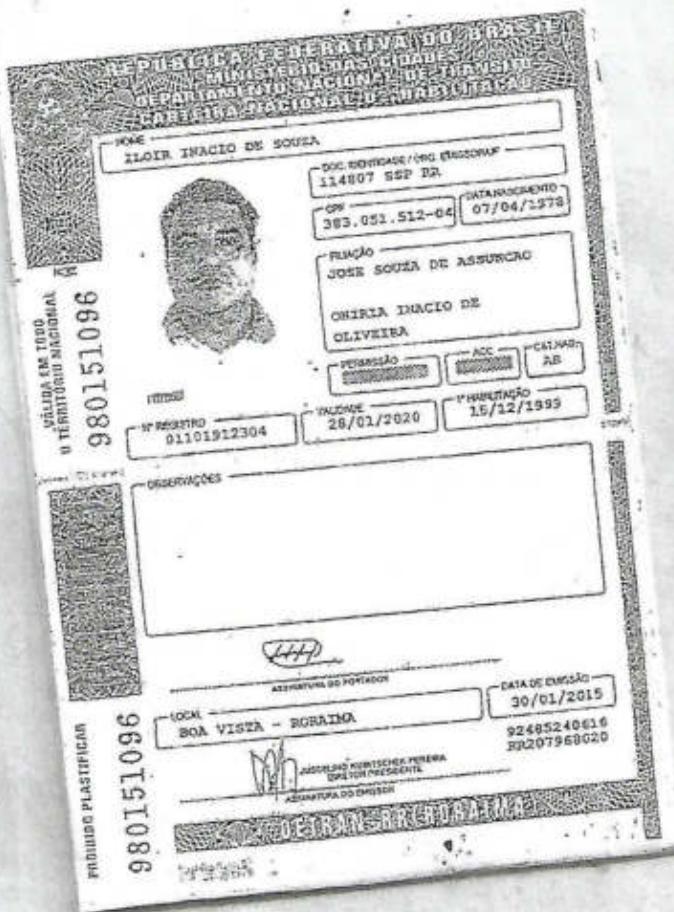
Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1964





1 JAN. 2020

21 JAN. 2020



### QUALIFICAÇÃO CIVIL - ESTRANGEIRO

#### JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN

FILIAÇÃO..... MARLENE GUZMAN MORGOMA  
JOSUE PEREZ  
NASCIMENTO..... 21/10/1997  
ESTADO CIVIL..... CASADO  
NACIONALIDADE..... VENEZUELA  
DOCUMENTO..... PROTOCOLO PE 0648507986201644-2 / NQ2018  
RNE.....  
MODALIDADE..... BASE LEI N. 8474 ART. 21 § 1º  
CPF..... 706 620 702-90  
VALIDADE..... 20/02/2019  
LOCAL DE EMISSÃO: SRTBAR - BOA VISTA  
DATA DE EMISSÃO: 18/10/2018

*Jonny J. Pérez*  
MARLENE GUZMAN MORGOMA  
ASSINATURA DO EMISSOR

### ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE  
DOCUMENTO

PARA

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNOIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO  
B - SEP (JUDICIAL) | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

### TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais de seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDÔ DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PÁGINAS NUMERADAS



99163-8429 / 99162-304

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034806

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN

Data do acidente: 13/10/2019

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIEMNTOS DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

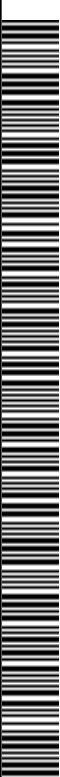
Documentos complementares:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034806

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN

Data do acidente: 13/10/2019

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2

#### Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

#### Nome do documento faltante:

#### Apontamento do Laudo do IML:

#### Conduta mantida:

#### Quantificação das sequelas:

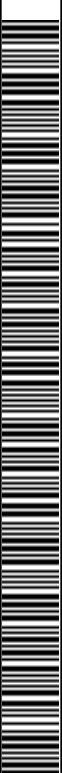
#### Documentos complementares:

Observações: PÁG 2

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:	Jonny Jose Perez Guzman	
NACIONALIDADE:	Venezuelano	
PROFISSÃO:	Autônomo	
IDENTIDADE:	0490885 mce-RR	
ENDEREÇO:	Rua jondina lago N° 905	buritis
	OUTORGADO	

NOME:	Ilan Inacio de Souza	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Autônomo	
IDENTIDADE:	114807 SSP / RR	
ENDEREÇO:	Rua Antonio Linhares 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: 13 / 10 / 2019, cobertura Invalidez, vitima: Jonny Jose Perez Guzman.

Boca Vaca 17-10-19



### ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



21 JAN. 2020

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029555/20

Número do Sinistro: 3200034806

Vítima: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN

CPF: 706.620.792-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2019

Titular do CPF: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN : 706.620.792-05**

Autorização de pagamento

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 02/03/2020  
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA  
CPF: 383.051.512-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

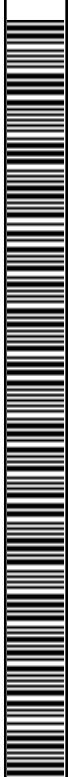
Data do cadastramento: 02/03/2020  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

---

ILOIR INACIO DE SOUZA

---

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029555/20

Número do Sinistro: 3200034806

Vítima: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN

CPF: 706.620.792-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2019

Titular do CPF: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN : 706.620.792-05

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](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: 30/01/2020  
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA  
CPF: 383.051.512-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2020  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

ILOIR INACIO DE SOUZA

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029555/20

Número do Sinistro: 3200034806

Vítima: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN

CPF: 706.620.792-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2019

Titular do CPF: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN : 706.620.792-05**

Autorização de pagamento

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 10/02/2020  
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA  
CPF: 383.051.512-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

ILOIR INACIO DE SOUZA

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

## 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: 10/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONNY JOSUE PEREZ GUZMAN

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000070517-6

---

---

Nr. da Autenticação 1CCF53D15E22483A

