

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:
3245268120211008093134

Processo 0831945-28.2020.8.23.0010  - (296 dia(s) em tramitação)
Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 4847 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público**Selos:**

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos <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"/>					
50 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 50					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO 50 08/10/2021 09:31:34 Cumprimento de intimações - Referente aos eventos JUNTADA DE LAUDO (23/09/2021), JUNTADA DE CERTIDÃO (23/09/2021)					
50.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2776801IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL01.pdf Público					
50.2 Arquivo: Anexo - petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2776801IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf Público					
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO 49 04/10/2021 20:40:09 Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (23/09/2021)					
RENÚNCIA DE PRAZO DE ENDERSON GOMES DE LIMA 48 04/10/2021 20:37:13 Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (23/09/2021)					
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA 47 04/10/2021 00:04:29 (Pelo advogado/curador/defensor de ENDERSON GOMES DE LIMA) em 06/10/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 41) JUNTADA DE LAUDO (23/09/2021) e ao evento de expedição seq. 43.					
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA 46 04/10/2021 00:04:12 (Pelo advogado/curador/defensor de ENDERSON GOMES DE LIMA) em 06/10/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 38) JUNTADA DE CERTIDÃO (23/09/2021) e ao evento de expedição seq. 40.					
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA 45 03/10/2021 23:04:30 (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 06/10/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 38) JUNTADA DE CERTIDÃO (23/09/2021) e ao evento de expedição seq. 39.					
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA 44 03/10/2021 23:04:30 (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 06/10/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 41) JUNTADA DE LAUDO (23/09/2021) e ao evento de expedição seq. 42.					
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 43 23/09/2021 11:28:45 Para advogados/curador/defensor de ENDERSON GOMES DE LIMA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 41) JUNTADA DE LAUDO (23/09/2021)					
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 42 23/09/2021 11:28:45 Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 41) JUNTADA DE LAUDO (23/09/2021)					
JUNTADA DE LAUDO 41 23/09/2021 11:28:37					
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 40 23/09/2021 10:20:31 Para advogados/curador/defensor de ENDERSON GOMES DE LIMA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 38) JUNTADA DE CERTIDÃO (23/09/2021)					
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 39 23/09/2021 10:20:31 Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 38) JUNTADA DE CERTIDÃO (23/09/2021)					



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo n.º 08319452820208230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ENDERSON GOMES DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 6 de outubro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

DIEGO PAULI

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, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200256882

Vítima: ENDERSON GOMES DE LIMA

Data do Acidente: 02/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ENDERSON GOMES DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200256882

Vítima: ENDERSON GOMES DE LIMA

Data do Acidente: 02/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ENDERSON GOMES DE LIMA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200256882 **Vítima: ENDERSON GOMES DE LIMA**

Data do Acidente: 02/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ENDERSON GOMES DE LIMA

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: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ENDERSON GOMES DE LIMA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000001383-8

Conta: 000001002459-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.

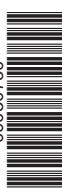
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

4- Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MOF

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

036.034.673-06

4 - Nome completo da vítima:

Anderson Gomes de Lima

5 - Nome completo:

Anderson Gomes de Lima

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Meridional

11 - Bairro:

Equatorial

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

Roraima

14 - Estado:

Roraima

15 - Email:

flavir@hotmai.com

16 - Número:

66

17 - Nome completo do Representante Legal:

10 - Complemento:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT

a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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.

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?

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

nasceu (não nascer)?

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

teve filhos?

Sim Não

Vivos: Falecidos:

Sim Não

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 9168-7709

Ocorrência Nº: 6033/2020 - Registrado em: 06/07/2020 às 11h 27min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 02/05/2019 as 21h 45min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: JOSE CASSIMIRO DA SILVA COM MANOEL JOAQUIM N°: S/N
MARTINS

CEP: 69300-000

Bairro: PINTOLANDIA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ENDERSON GOMES DE LIMA(29), nascido(a) em 20/02/1991, sexo MASCULINO, solteiro(a); exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 016.014.672-06, País: BRASIL, natural de MANAUS-AM, filho(a) de MARIA DA CONCEIÇÃO LIMA DA SILVA e , endereço: MERIDIONAL, cep: 69317-356, Nº: 66, bairro: JARDIM EQUATORIAL, BOA VISTA, RR. Telefone: (95) 99136-2698

OBJETOS

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG ANO: 2010 CHASSI: 9C2JC4110AR068379, DE PLACA: NAS-8059, DE PROPRIEDADE DE BRUNO TEIXEIRA DE SOUZA NO ENDEREÇO ACIMA QUANDO AO PARAR NO CRUZAMENTO UMA MOTOCICLETA POP QUE VINHA NA RUA MANOEL JOAQUIM MARTINS FEZ A CURVA BRUSCAMENTE COLIDINDO DE FREnte COM O COMUNICANTE, MESMO NÃO SABE OS DADOS DA MOTOCICLETA POIS O CONDUTOR EVADIU-SE DO LOCAL. O COMUNICANTE INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU NO LOCAL DO ACIDENTE E ELEVADO PARA O COSME E SILVA PELA POLICIA MILITAR. E EM SEGUIDA LEVADO PARA O HGR. E O RELATO

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

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


ENDERSON GOMES DE LIMA
COMUNICANTE

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ENDERSON GOMES DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01383-8

CONTA: 00001002459-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2409202005000000000237013830000100245967500 PAGO



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

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

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



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

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

750009.0000000001081.917005200055



Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos seguintes telefones:

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 Ouvintes: 0800 071 11 11

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistros, conforme estabelece a Circular número 445/12.

Este formulário é de uso exclusivo

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DO/ORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29546>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os Seguradores devem informar o endereço de residência envolvida no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação, outras informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

É importante frisar que as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, em que o beneficiário da referida Circular, esta excusa é passível de comunicação ao COAF.

INSTITUIÇÃO DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA, CAPITALIZAÇÃO E INSS E GUARDA, CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FINANÇA, SEM PÔR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE LAVAGEM DE DINHEIRO, PREVISTAS NA LEI N° 9.613/98.

Declaro, fui ciente de que

383.051.552-04

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

Enderson Gomes de Lima

inscrito (a) no CPF sob o N° 036.034.672-06

matriz de DPVAT cobertura

Invalidadez

da Vítima

Enderson Gomes de Lima

inscrito (a) no CPF sob o N° 036.034.672-06

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, anexo à presente declaração 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.

Rua: Antônio Pinheiro Galvão
Bairro: Boa Vista
Cidade: Belo Horizonte
E-mail: floriv@hotmail.com

Número: 3032
Estado: RR
CEP: 69.309.209
Tel.(DDD): (95) 9 9154-4282
Complemento:

Local e Data:

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
TOMAZINHA COSTA E SILVA
RUA DEZAN VERAS, 597 - FINTOLANDIA

Classificação: Reclamação _____;
____) Vermelho
____) Laranja
____) Amarelo
____) Verde
____) Azul Ass.: _____

- Reclassificação
- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Am. Ace.

我们希望您能喜欢本书。

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

ENDERSON GOMES DE LIMA		Data Nascimento		Idade		CNS	CPF
000-00000000-0	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade
IDENTIDADE	2802707-0	SSP/AM	26/03/2009	M	UNIAO	PARDA	BRASILEIRA
MARIA DA CONCEICAO LIMA DA SILVA		ESTAVEL		EVANDRO SILVA GOMES		Contato	
Endereço						(92) 99332-6767	Ocupação
AIA - MERCIONAL - 66 - CRUZVANIA - BOA VISTA - RR							

Insu de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Promotores
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Caráter do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional da Atend.	Procedência	Temp.	Peso
PA - PRONTO ATENDIMENTO	URGÊNCIA				
Ator	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por
UTURA	DEMANDA ESPONTÂNEA				NADIA LEVEL
Função Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Doença				

inamino no Entregam

Exame Físico

Indice Diálogo 100

AUT - Exames Complementares

<input type="checkbox"/> RAIOS-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				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	

Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revisão Internação

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Geological Survey of Minn.

Impression per nucleolus



FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

1901104886 03/05/2019 00:33:12

Paciente ENDERSON GOMES DE LIMA

Tipo Doc Documento

IDENTIDADE 2602707-0

Mãe MARIA DA CONCEIÇÃO LIMA DA SILVA

Endereço RUA - MERIDIONAL - 66 - CRUVIANA - BOA VISTA - RR

Data Nascimento

20/02/1991

Idade

28 A 2 M 11 D

CNS

705007076639454

Estado Civil

UNIAO

ESTAVEL

EVANDRO SILVA GOMES

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

MANAUS - AM

Contato

(92) 99332-6767

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Nº da Carteira

Profissional do Atend.

Procedência

Procedimento Sol.

Ort der Veto Parrot

Oct Vitem do accident travel 52 &
Rt was he victim of Fr epic 0

EF - ADm SI review

- Was he exposed to
tuber with culture $0.5^{\circ} \text{ to } 13^{\circ} \text{ msf}$ (D)

• trae voto con
• cl: 5/ conlet de organi retor, retor o

Co 7

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995

03/05/19

Permit for Mission to Dr. Stevens

Dr. Fournier Dr. Fournier D.S.M. 20 3^o 120.000 m²

④ Front Disc Br 5120 1910 30' Pw Presage

Our new Distributor & Farmers Describer

TAMAN RENER
Cirugia Genital
2021-2022



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

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

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



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

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

750009.000000001081.917005200055

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096



BONOHO PLASTIFICAR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200256882 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ENDERSON GOMES DE LIMA **Data do acidente:** 02/05/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 3º DEDO 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MOF

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
036.034.672-06 Enderson Gomes de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

autônomo
Equatorial

8 - Endereço:

Meridional

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

6 - CPF:

036.034.672-06

9 - Número:

66

10 - Complemento:

69.357-356

16 - Tel. (DDD):

(95) 99554-4289

15 - E-mail:

floriv@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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1383

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 1002459 5

(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 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 não 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 Líder 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?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 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
víma 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

40 - Local e Data, 2000, 27 de Abril de 2020

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	<u>Anderson Gomes de Lima</u>
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>
PROFISSÃO:	<u>OP. magene</u>
IDENTIDADE:	<u>564318-0</u>
ENDEREÇO:	<u>R: Meidiçanal 66 ap. 101, Centro, Unicam</u> OUTORGADO
NOME:	<u>Salim Góesio de Souza</u>
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Atormento</u>
IDENTIDADE:	<u>114.807 SSP-RR</u>
ENDEREÇO:	<u>R: Antônio José Galvão 1833</u>

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constituí o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 02/05/2019, cobertura Incidentes, vítima: Anderson Gomes de Lima

Boa Vista RR, 27/04/2020

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202258/20

Número do Sinistro: 3200256882

Vítima: ENDERSON GOMES DE LIMA

CPF: 016.014.672-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/05/2019

Titular do CPF: ENDERSON GOMES DE LIMA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 07/08/2020
Nome: ENDERSON GOMES DE LIMA
CPF: 016.014.672-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ENDERSON GOMES DE LIMA

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA