

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 de:

☐ Magistrado☐ Servidor☐ Advogado☐ Membro MP☐ Defensor☐ Procurador☐ Outros☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos☐ Sem Arquivo☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado☐ Advogado NPJ☐ Entidades Remessa☐ Magistrado☐ Procurador☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

50 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 50

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
[-]	08/10/2021 09:31:34	JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO Cumprimento de intimações - Referente aos eventos JUNTADA DE LAUDO (23/09/2021), JUNTADA DE CERTIDÃO (23/09/2021)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
		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	
[+]	49	04/10/2021 20:40:09	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (23/09/2021)	Thiago Amorim Dos Santos Advogado
	48	04/10/2021 20:37:13	RENÚNCIA DE PRAZO DE ENDERSON GOMES DE LIMA Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (23/09/2021)	Thiago Amorim Dos Santos Advogado
	47	04/10/2021 00:04:29	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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.	SISTEMA CNJ
	46	04/10/2021 00:04:12	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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.	SISTEMA CNJ
	45	03/10/2021 23:04:30	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	44	03/10/2021 23:04:30	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	43	23/09/2021 11:28:45	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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)	DANYELE BEATRIZ CAVALCANTE DE OLIVEIRA Estagiária
	42	23/09/2021 11:28:45	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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)	DANYELE BEATRIZ CAVALCANTE DE OLIVEIRA Estagiária
	41	23/09/2021 11:28:37	JUNTADA DE LAUDO	DANYELE BEATRIZ CAVALCANTE DE OLIVEIRA Estagiária
	40	23/09/2021 10:20:31	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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)	RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário
39	23/09/2021 10:20:31	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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)	RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário	



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª 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 Respetivo 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

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

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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORT

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel (DDD):

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\$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:

☒ 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 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 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)

☐ Divorçado

☐ 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 (vairascor)?

☐ 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 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista-RN, 27 de Abril de 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

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

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

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

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: JOSE CASSIMIRO DA SILVA COM MANOEL JOAQUIM Nº: S/N

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 LEVADO PARA O COSME E SILVA PELA POLICIA MILITAR. E EM SEGUIDA LEVADO PARA O HGR. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRICULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRICULA: 42000432
ASSINADO ELETRONICAMENTE


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: 000001002459-5

Nr. Autenticação

BRADESCO24092020050000000002370138300000100245967500 PAGO

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.420/0001-44 (Insc. Estadual: 24.052.022-3)
Nota Fiscal e Tarifa de Energia Elétrica - Série 0-1
Registro Especial de Imprensa autorizado pela SUPAZ 293/13

Nº da Nota Fiscal: 4280019

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.419 de 26 de abril de 2007 FCAM

DEZEMBRO/2019

06/01/2020

503

407,57

MARIA DO ROSARIO DIAS BONILHA
R. MERIDIONAL 66 - EQUATORIAL
CEP: 69.317-356 - BOA VISTA

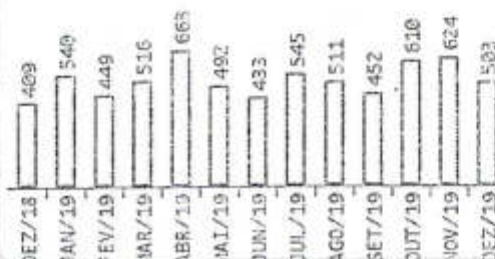
CONJUNTO CRUVIANA I

DADOS DA LEITURA ANTERIOR	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Ativo: 47321	Ativo: 10 12 2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 47320	Anterior: 23 11 2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Endereço: 20	Endereço: 01 2020	Uso: PNO
Localidade: 20	Endereço: 14 12 2019	Número Medidor: E771199
Consumo anterior: 101	Apresentação: 0 12 2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo faturado: 503		Modalidade:

CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA

503 A R\$ 0,760131 = 382,34
25,23

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 503 - R\$ 0,617770



Média 12 meses: 529

MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FIQUE CIENTE DO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 13/12/2019, não constam fatos vencidos
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 9255.3FA3.849B.443A.09BE.066E.56CA.5956

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 240,92	Encargos: 11,77	Base de Cálculo: 17,00%	44,93
Transmissão: 41,87	Tributos: 71,58	P.S.: 8,38%	1,13
Tratamento: 0,30		COPINS: 1,42%	5,44

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DO	DE	DE	DE	DE	DE	DE
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Índice	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
Índice	1,40			3,00			1,23

Conjuntos DISIRIHO Período de segurança: 10/2019 FASE: 200,14

ROT: 7.001.28.07.151300

RORAIMA ENERGIA

INSTITUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.420/0001-44
Insc. Estadual: 24.052.022-3

SEU CÓDIGO

0106652-8

TOTAL A PAGAR - R\$

407,57

MÊS FATURADO

12/2019

VENCIMENTO

06/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 4280019

FCAM

83690000004 0 07570075000 5 00000000106 5 65281219008 8



SEQ.: 0249 UC: 0106652-8 DT. LEIT.: 20/12/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 47823 NORMAL TOTAL: 407,57 CARGA: 027
DT. VENC.: 06/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4141

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

750009.000000001081.917005200055



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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG) EMISSOR
114807 SSP RR

CPE
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PLACAO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

CHIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO
ACC
CATAB
AB

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITACAO
15/12/1999

VALIDADE EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
980151096

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

380151096

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos canais 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 11 11

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=29546>

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

O não fornecimento das informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, sendo a determinação da referida Circular, esta medida é passível de comunicação ao COAF.

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

Exposto em: Elvir Inácio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Anderson Gomes de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.034.672-06

Seguro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Anderson Gomes de Lima

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.034.672-06 conforme determinação da Circular Susep 445/12

Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro (ainda) sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo informado, sob pena de ser considerado culpado de falsidade de residência e 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
Cidade: Bauritis Estado: Poa Santa
E-mail: Elvirer@hotmail.com

Número: 3832
Estado: RR CEP: 69.309-209
Tel. (DDD): (95) 99154-4282

Local e Data:

Assinado por: [Assinatura]

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
POLICLÍNICA COSMÉTICA
RUA DELOAN VERA'S, S/N, PINTOLÂNDIA

* Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Vermelho

Vermelho

Vermelho

Laranja

Laranja

Laranja

Amarelo

Amarelo

Amarelo

Verde

Verde

Verde

Azul Ass.

Azul Ass.

Azul Ass.

NOTURNO 19

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Nome: ANDERSON GOMES DE LIMA Data Nascimento: 20/02/1981 Idade: 38 A 2 M 10 D CNS: 705007076639454 CPF: 01601467200

Documento: 2802707-0 Órgão Emissor: SSP/AM Data Emissão: 26/03/2009 Sexo: M Estado Civil: UNIAO Raça/Cor: PARDA Naturalidade: MANAUS - AM Nacionalidade: BRASILEIRA

Nome: MARIA DA CONCEIÇÃO LIMA DA SILVA Endereço: EVANDRO SILVA GOMES Contato: (92) 99332-6767 Ocupação:

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

Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis. Prontat:

Objetivo do Atendimento: CARÁTER DO ATENDIMENTO: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Tipos de Atendimento: URGÊNCIA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: NADIA LEVEL

Queixa Principal: () Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue

Anamnese da Enfermagem

GSC: AO. 12 3 4 RV. 12 3 4 5 MRV. 12 3 4 5 6 TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

ADT - Exames Complementares

() RAO - X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

CONFERE COM ORIGINAL

Em 22/05/2019

Ass.: [Assinatura]

Conduta

() Alta por Decisão Médica () Ambulatório

() Alta a Pedido () Observação (Até 24h)

() Alta a Revelar () Internação

() Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta:

Alto

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impressão por: nadia level

Data e hora: 02/05/2019 21:52:27

102.5.252:8888/IS4/4/026636FE-75EC-4149-8AE9-1D11E24EDDB3.html

1ª Classificação/Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

Vento
Lima

1901104886 03/05/2019 00:33:12

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 1

Paciente ENDERSON GOMES DE LIMA

Tipo Doc Documento 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

Estado Civil UNIAO
Raça/Cor PARDA
Profissão EVANDRO SILVA GOMES

CNS 705007076639454

Naturalidade MANAUS - AM

Contato (92) 99332-6767

CPF 01601467206
Nacionalidade BRASILEIRA

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Sector GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Procedimento Sol.

Registrado por:

LIDIANE.OLIVEIRA

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Queixa Principal

Queda moto após colisão com muro

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 15 h)

GSC

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

TOTAL

15

Cirurgia em 24h

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Fratura exposta

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) Tetraciclina 20mg
2) 12 comprimidos 12h
3) Clotrimazol 2g
4) ATG 500mg

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Paulo Cesar Vianna Stocker
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 2502134-TE

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: ORTOPEDIA

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

☐ IML Anatomia Patológica

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura Médica
Kelly Duarte
CRM/RR 1708

Impresso por: lidiane.oliveira
Data Hora: 03/05/2019 00:33:59



Ort Dr Vitor Parana

Pct Vítima do acidente trânsito S 7

RX não há evidência de fr e pl D

EF - ADM S/ restrição

• não há exposição osse

• traçar corte com o eixo 03° 23° MS T (D)

CS: S/ contato de emergência ortopédica, retornar ao

67

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

03/05/19

Paciente com lesão ao RA esquerdo

De forma de fratura distal do 3º metacarpo

⊕ Paciente possui RA S/O uso de prótese

Que não identifica a lesão descrita

TAMAMRENERVO
Cirurgião Geral
CRM-RR 1995

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

750009.000000001081.917005200055



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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG) EMISSOR
114807 SSP RR

CPE
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PLACAO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

CHIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO
ACC
CATAB
AB

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITACAO
15/12/1999

VALIDADE EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
980151096

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

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

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/20

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

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\$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:

☒ 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: 1383

CONTA:

1002459

AGÊNCIA:

CONTA:

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 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)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

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 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 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, 27 de Abril de 2020

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Enderson Gomes de Lima
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	OP. maquina
IDENTIDADE:	564318-0
ENDEREÇO:	R: meridional 66 cond. medica

OUTORGADO

NOME:	Paulo Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antonio p. Galvão 1833

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

Boa Vista RR 27/04/2020

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alade Teiva, 4567 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (93) 3627-4186
daniel@boavista2cartorioaquino.com.br

193814.5ead2181758d
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
** ENDERSON GOMES DE LIMA

193.814

Em testemunho da verdade, RLPB
De que dou fé Boa Vista RR 27 de abril de 2020
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portal.sejm.com.br
RECPIR15829622KQATBWVJ12U667

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

Handwritten signature: Maria Oliveira de Aquino
Escritura Autorizada

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

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 02/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ENDERSON GOMES DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

ENDERSON GOMES DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA