

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: 2948696520210108173226

Processo 0832185-17.2020.8.23.0010 ☆ - (22 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)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7

500 por pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08321851720208230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **27/06/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **02/09/2020**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo em **21/09/2020**, não obstante o ajuizamento da presente ação.

Vale ressaltar que o referido sinistro encontra-se em análise pela Seguradora Ré, sendo a mesma surpreendida pela presente Ação.

Ademais, de acordo com o art. 5º, §1º, da Lei nº 6.194/74, a regulação do sinistro deve ser realizada no prazo de 30 dias pela seguradora mediante a apresentação pelo segurado dos documentos que o parágrafo do dispositivo menciona.

No presente caso, não foi comprovada pela parte autora a NEGATIVA da Seguradora Ré do requerimento extrajudicial, com referência ao pagamento da indenização securitária, sendo, portanto, indevido o ajuizamento da presente ação.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DA REGULAÇÃO ADMINISTRATIVA

Vale ressaltar que o referido sinistro encontra-se em análise pela Seguradora Ré, sendo a mesma surpreendida pela presente Ação.

Ademais, de acordo com o art. 5º, §1º, da Lei nº 6.194/74, a regulação do sinistro deve ser realizada no prazo de 30 dias pela seguradora mediante a apresentação pelo segurado dos documentos que o parágrafo do dispositivo menciona.

No presente caso, não foi comprovada pela parte autora a NEGATIVA da Seguradora Ré do requerimento extrajudicial, com referência ao pagamento da indenização securitária, sendo, portanto, indevido o ajuizamento da presente ação.

Neste sentido, a pretensão autoral não merece prosperar pela razão de que, pela narrativa dos fatos se deduz que o procedimento da seguradora está correto.

Com efeito, é incabível a cobrança judicial do DPVAT antes do decurso do prazo legal de regulação do sinistro. Uma vez que antes do decurso do prazo estabelecido por lei não há resistência à pretensão do segurado e, conseqüentemente, lesão ao suposto direito da vítima.

Importante dizer que não se trata de exigir o esgotamento da via administrativa, mas o fato de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, mesmo porque, como mencionado, a lei prevê prazo para a regulação do sinistro e ele se conta da entrega dos documentos pertinentes a uma das seguradoras integrantes do consórcio DPVAT.

Em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar uma das seguradoras, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

In casu, a parte autora não respeitou o prazo legal que a seguradora dispõe para pagar e ajuizou a presente demanda. Desta forma impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Caso não seja este o entendimento do i. Magistrado, requer a suspensão do processo e a intimação da parte autora para que manifeste sua concordância ou não quanto a suspensão da presente ação até finalização da regulação do pedido administrativo (pagamento/negativa/cancelamento) ou mesmo sua opção pela desistência da regulação administrativa e prosseguimento da ação judicial.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Caso não seja este o entendimento de V. Exa., requer a suspensão do processo e a intimação da parte autora para que manifeste sua concordância ou não quanto a suspensão da presente ação até finalização da regulação do pedido administrativo (pagamento/negativa/cancelamento) ou mesmo sua opção pela desistência da regulação administrativa e prosseguimento da ação judicial.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ art.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 7 de janeiro de 2021.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08321851720208230010.

Rio de Janeiro, 7 de janeiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200338202 Vítima: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

Data do Acidente: 27/06/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
-----------------------	---

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.

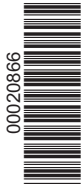
Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338202

Vítima: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

Data do Acidente: 27/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois os entregues estão incorretos.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



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: 060.129.682-64 4 - Nome completo da vítima: KEVCIANY SAMMYLLYS GONÇALVES GOMES

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

5 - Nome completo: KEVCIANY SAMMYLLYS GONÇALVES GOMES 6 - CPF: 060.129.682-64
7 - Profissão: ALICIONADO 8 - Endereço: R. PROFESSORA ANTONIA COELHO 9 - Número: 1484 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PINTOLANDIA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69-316-755
15 - E-mail: SANTANA.GUIMARÃES@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 95/99164-3685

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 25593266 6
(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 (a) (reser)? ☐ 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 RR, 02-09-2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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: 10155/2020 - Registrado em: 02/09/2020 às 11h 03min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 27/06/2020 às 21h 40min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: N 11

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: PINTOLANDIA

Tipo de local: BAR / LANCHONETE / CAFE

Referência: EM FRENTE A DISTRIBUIDORA TRAVADÃO

Complemento: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES GOMES (19), nascido(a) em 24/08/2001, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ESTUDANTE, CPF Nº 060.129.682-64, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de SONIA GONÇALVES LIMA e KEYCID ERISTON GOMES DA SILVA, endereço: RUA PROFESSORA ANTONIA COUTRIN, cep: 69316-755, Nº: 1484, bairro: PINTOLANDIA, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PX MATERIAL D CONSTRUÇÃO EXTRA, Telefone: (95) 99128-9327.

OBJETOS

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

SENHOR DELEGADO A COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADO ACONTECEU O SEGUINTE FATO,QUE CAMINHAVA PELA REFERIDA RUA QUANDO ACONTECEU UM ACIDENTE ENTRE UM GOL VERMELHO DE PLACAS JXU 2226 DE CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO E UMA MOTOCICLETA DE PLACAS E CONDUTOR NÃO INFORMADO,A REFERIDA MOTOCICLETA COM O IMPACTO INVADIU A CALÇADA E ATROPELOU A COMUNICANTE VINDO A BATER COM A CABEÇA NO MEIO FIO E DESMAIOU CAUSANDO SEQUELAS DE TCE,O RESGATE FOI ACIONADO E A MESMA FOI SOCORRIDA ATÉ O GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JUVENAL JOSÉ DOS SANTOS JUNIOR
APC
MATRÍCULA: 42000251
ASSINADO ELETRONICAMENTE

**Keyciany Samyllys Gonçalves Gomes*
KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES
GOMES
COMUNICANTE

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 320033 Data da solicitação: 08/10/2020
Nome do beneficiário: KEICIANY SAMUELLYS GONCALVES COMES CPF do beneficiário: 060.139.682-04
Nome do solicitante: CEC SANTANA PEREIRA JORNADAES CPF do solicitante: 622.942.803-68

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 9119-8685 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail: SANTANA@VIVADAPAC.COM.BR

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: Carimbo da Delegacia Especializada
(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO PEDIR REANÁLISE DO SINISTRO EM VIRTUDE DO B.O. CONTENDO CARIMBO DA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO ASSIM COMO NOME FUNÇÃO E MATRÍCULA DO AGENTE DE POLÍCIA INFORMANDO AINDA QUE ESTE REGISTRO CONSTA ASSINADO ETERNICAMENTE PELA DELEGACIA DA ESPECIALIZADA.
TENDO FE PÚBLICA.

BOA VISTA-PE, 08/10/2020
Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

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: 060.129.682-64 4 - Nome completo da vítima: KEVCIANY SAMMYLLYS GONÇALVES GOMES

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

5 - Nome completo: KEVCIANY SAMMYLLYS GONÇALVES GOMES 6 - CPF: 060.129.682-64
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R. PROFESSORA ANTONIA COELHO 9 - Número: 1484 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: DINTOLANDIA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69-316-755
15 - E-mail: SANTANA@GOMESREPRESENTANTE.COM 16 - Tel (DDD): 97 99164-3685

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 25593266 6 (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 (a) (reser)? ☐ 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 RR, 02-09-2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ené Garcez, 881 - Centro - Boa Vista - RR

CEP: 69.000-000 Fone: (16) 3211-1111 Fax: (16) 3211-1111

E-mail: atendimento@eletrobras.com.br

Nº da Nota Fiscal

000270036

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada em 2007 pelo Lei nº 10.433 de 25 de abril de 2007.

CONSUMO

VENCIMENTO

CONSUMO (kWh)

TAXA ADICIONAR

FEVEREIRO/2018

06/03/2018

765

433,51

KEYCID ERISTON GOMES DA SILVA

R. PROFESSORA ANTONIA CUTRIM 1484 PINTOLANDIA

CPF: 00051804291272

CEP: 69.316-755 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.14.095900

Consumo	49447	17/02/2018
Consumo	48682	17/01/2018
Consumo	1,000	17/03/2018
Consumo	765	16/02/2018
Consumo	765	17/02/2018

NORMAL

FCAM

31

Classificação do Consumidor: RESID. BX. RENDA BI

Ligação: E2831803 M 1409526 1.4.1.2

Consumo: 829

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
JAN/18	811	30 A R\$	0,197032 = 5,91
DEZ/17	956	70 A R\$	0,337772 = 23,64
NOV/17	961	120 A R\$	0,506665 = 60,79
OUT/17	886	545 A R\$	0,562958 = 306,81
SET/17	852		
AGO/17	781		
JUL/17	660		
JUN/17	773		
MAI/17	700		
ABR/17	746		

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/03/2018. O não pagamento por 30 dias consecutivos também é incluído no nome do consumidor na SCOP. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.
01/2018	453,28	

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVAÇÃO AO FISCAL	C3EE.5964.DDCE.6088.BC41.14C1.83F0.71FD
Consumo	119,14
Energia	190,62
Transmissão	0,00
Energia	7,94
Tributo	79,45

5,43 10,86 21,73 3,61 7,22 14,45 3,11

3,03 7,00 0,84

DISTRITO

ROT: 8.001.16.14.095900

12/2017 193,77

Eletrobras
Distribuição Roraima

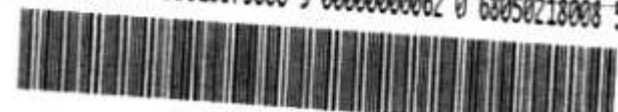
0062680-5

02/2018

06/03/2018

000270036 FCAM

836200000004 7 33512075000 9 000000000062 0 68050218008 5



SEQ.: 00161 UC: 0062680-5 DT.LEIT.: 17/02/2018 T.ENTR.: 04

LEITURA: 40447



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este número

0032588-0

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ezequiel, 671 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº DA NOTA FISCAL 5405120 FCAM*

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,07

ROMARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 00087608650249

DATAS DA LEITURA

Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	21/07/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	27842							
Leit. Anterior	27544							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	298							
Faturado:	298							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	298 A R\$ 0,755234 =	225,05
ILUMINACAO PUBLICA		29,02

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 298 - 0.617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

0	62	75	80	1239	194	206	280	323	298	298
---	----	----	----	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBI/NOTICIAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO SANTANA FEITOZA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KEYCIANY SAMYLLYS G. GOMES inscrito
(a) no CPF sob o Nº 660.129.682, 64 do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima
KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 660.129.682, 64 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 Líder-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 GIDEÃO</u>		Número	<u>312</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade	<u>BOA VISTA</u>	Estado	<u>RR</u>	CEP
Email	<u>SANTANA.GIMARÃESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
					<u>95199169-3685</u>	

BOA VISTA, 14 de SETEMBRO de 2022
Local e Data

x _____
[Assinatura]



2001252668 27/06/2020 22:00:47 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 15

Paciente: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES
Data Nascimento: 24/08/2001 Idade: 18 A 10 M 3 D
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: BOA VISTA - RR Naturalidade: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: SONIA GONCALVES LIMA
Endereço: RUA - PROFESSORA ANTONIA CUTRIM - 1484 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR
CPF: (95) 99121-5056
Prontuário: Ocupação:

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Motivo do Atendimento: ATROPELAMENTO Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão: Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: WALDEMAR STOCKER

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA:) h) *Paciente vítima de atropelamento por moto ciclote - / Trauma no joelho*

Exame Físico: Hipótese Diagnóstica:

SADT - Exames Complementares: ☐ RAIIO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO: 1) Dipirona 1g (EV) agora 2) Temoxicam 20mg (EV) agora 3) TC Crânio, cervical, face, escapula (E) Solicitado laudo de TC realizada 22/06/2020 Observação: Paciente mantém queixa de vertigem e não consegue sentar-se.

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: *Thais S. I. Ferreira* Carimbo e Assinatura do Médico: *Thais S. I. Ferreira* Médico: CRM-RR 2061
Impresso por: waldemar.stocker Data Hora: 27/06/2020 22:02:33
10.102.5.252:8888/IS4/IS4//A913DA82-3313-4D66-83DA-30F25AFCC35C.html



AV. Mario Romeu de Melo, 5435
REGISTRO CRM/RR: 000067-RR
RT Dr. Vanderlei S. Oliveira CRM/RR 1069

CNPJ: 04.788.372/0001-85
CRES: 6633668

Nome: KEYCIANY SAMILLYS GONÇALVES GOMES
Medico: DRA. RAISA S.W MURARI

Pedido: 0010081666
Idade: 10ano(s)
Coleta: 02/07/2020

EXAME: HEMOGRAMA

MÉTODO: Automatizado
AMUSIKA.....: Sangue total (EDIA)

Eritrograma:

Intervalo de Referência :

Hemácias: 4.36 mm³
Hemoglobina.....: 13,3 g/dl
Hematócrito.....: 40,0 %
V.C.M.....: 91,74 fl
H.C.M.....: 30,50 pg
C.H.C.M.....: 33,25 %
RDW.....: 11,4 %

MULHER:	HOMEM:
4,0 a 5,2 x 10 ⁶ /mm ³	4,5 a 5,9 x 10 ⁶ /mm ³
12 a 16 g%	13,5 a 17,5 g%
35 a 46 %	41 a 53 %
80 a 100 fl	80 a 100 fl
26 a 34 pg	26 a 34 pg
31 a 36 %	31 a 36 %
11,5 a 15 %	11,5 a 15 %

Leucograma:

Global.....: 7.430 / mm³

3,5 a 10 x 10³ / mm³

Diferencial	%	mm ³
Neut. Metamielocitos.:	%	
Neut. Bastonetes.....:	0,0 %	0
Neut. Segmentados.....:	76,7 %	5.700
Eosinófilos.....:	1,7 %	126
Basófilos.....:	0,2 %	15
Linfócitos.....:	15,8 %	1.170
Monócitos.....:	5,6 %	416
Blastos.....:	0,0 %	0

...mm³...
0 a 0
Ate 840
1.700 a 8.000
50 a 500
Ate 100
900 a 2.900
300 a 900
0 a 0

Plaquetas.....: 282.000 mm³
RDW: Fator de variação dos diâmetros dos eritrócitos.

150.000 a 450.000 / mm³

Vanessa Gomes de Aicantara
Farmaceutica-Bioquímica
CRF/RR - 623

Nome: **KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES GOMES**
Data: 02/07/2020 Idade: 18A10M Procedência: **ELETIVO**
Médico Solicitante: **MAXIMO EDUARDO**

Cód. Pac.: 57139

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo:

Realizados cortes axiais do crânio no plano órbito meatal, antes e após a injeção endovenosa de contraste iodado.

** Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.*

Indicação clínica:

- TCE.

Relatório:

- Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.
- Tronco cerebral e cerebelo preservados.
- Sulcos e cisternas cerebrais normais para a faixa etária
- Ventriculos laterais e III ventrículo com morfologia, dimensões e situação normais.
- Ausência de calcificações de aspecto patológico.
- Linha média sem desvios significativos.
- Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.
- Não foram evidenciadas áreas de captação anômalas após a injeção do meio de contraste.

Conclusão:

- **Exame sem alterações significativas.**

Dr. Leomar Hiotuzi
Médico
CRM/RR 1232

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

Dr. Leomar Hiotuzi
Membro titular do CBR

/ CRM: 1232 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representa a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Nome: **KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES GOMES**
Data: 02/07/2020 Idade: 18A10M Procedência: **ELETIVO**
Médico Solicitante: Raisa S. W. Murari

Cód. Pac.: 57139

ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTERIAL E VENOSA DO CRÂNIO

Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em aparelho multidetector, com uso de bomba injetora.
* Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.

Indicação clínica:

- TCE.

Relatório:

- Artérias carótidas internas pervias, com trajeto e calibre preservados.
- Sifões carotídeos tópicos, de dimensões e atenuação para fluxo habituais.
- Artérias vertebrais e basilar pervias, com trajeto e calibre preservados.
- Segmentos identificados do Polígono de Willis com trajeto, calibre e atenuação para o fluxo normais.
- Não há evidências de estenoses, dilatação aneurismáticas ou malformações arteriovenosas nos segmentos arteriais.
- Seios sagital superior, inferior, reto, confluência dos seios, seios transversos e sigmóides apresentando dimensões e captação de contraste habitual, sem evidências de trombos no seu interior.
- Veia corticais superiores e drenagem venosa central sem alterações aparentes.
- Não há evidência de trombose no seio venoso.
- Não há evidências de infartos venosos.

Conclusão:

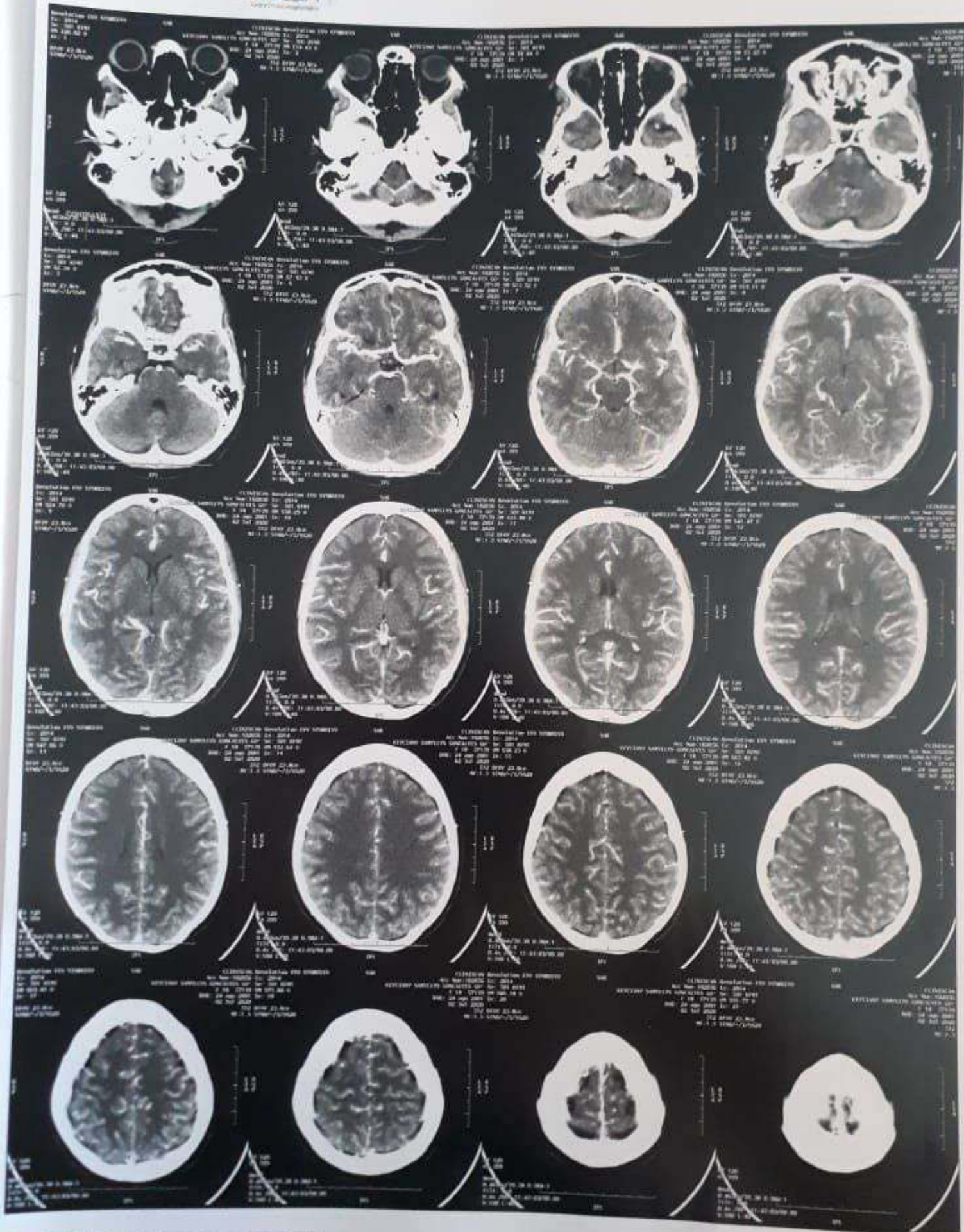
- Exame de Angiotomografia arterial e venosa do crânio sem alterações significativas.

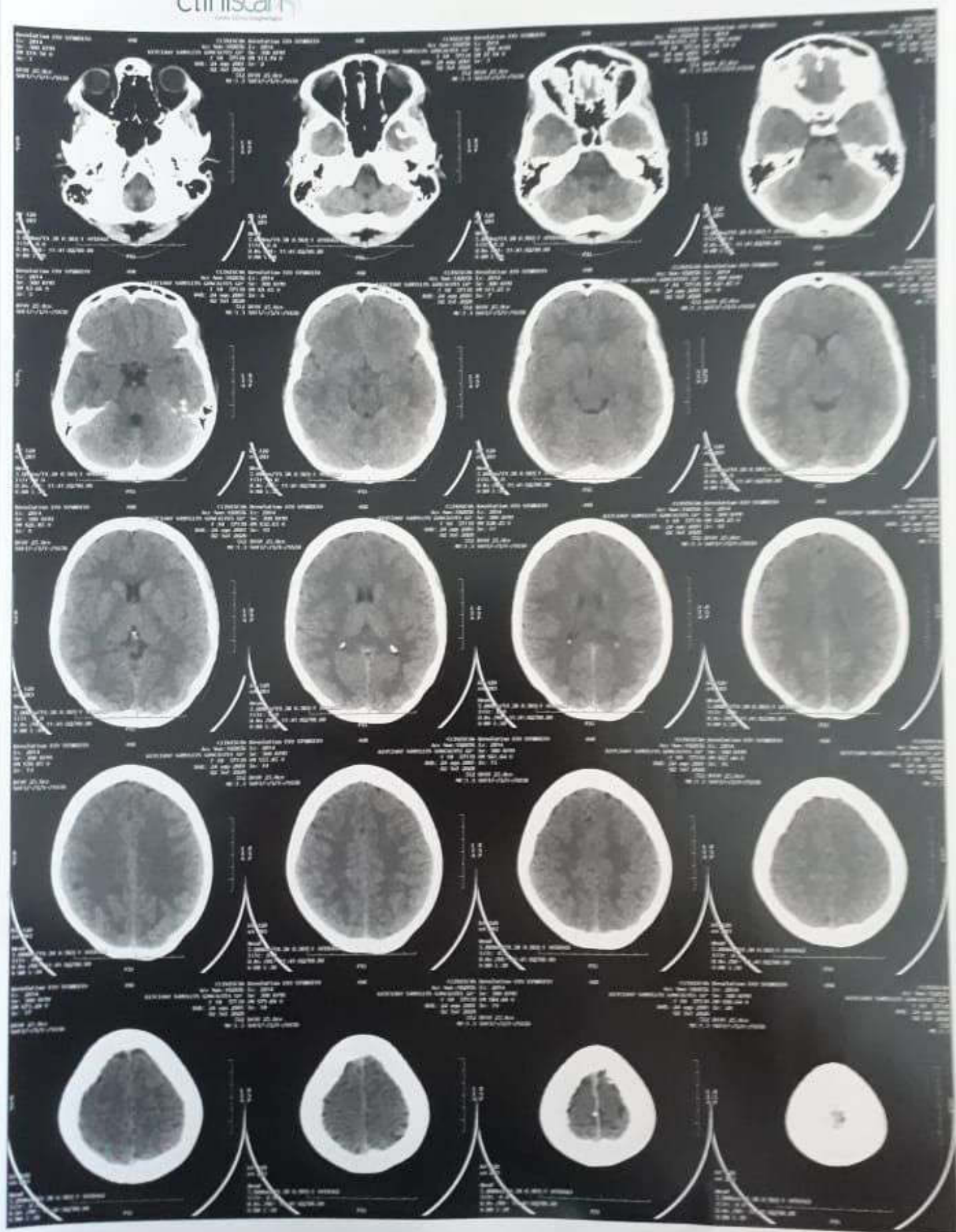
Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

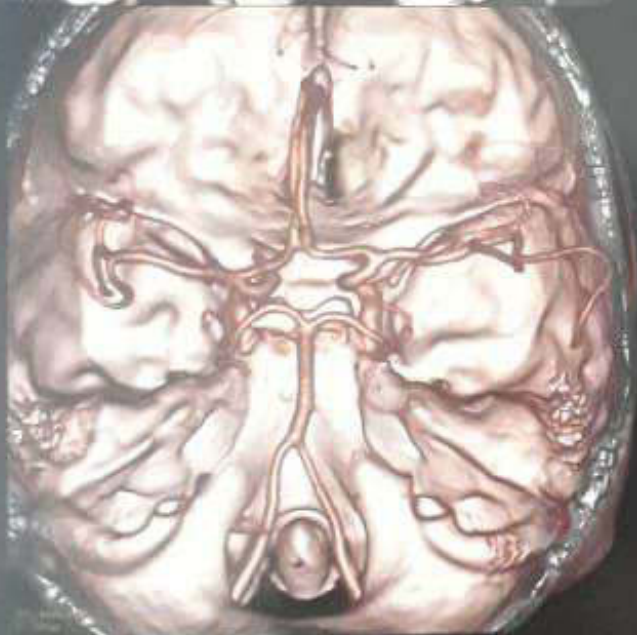
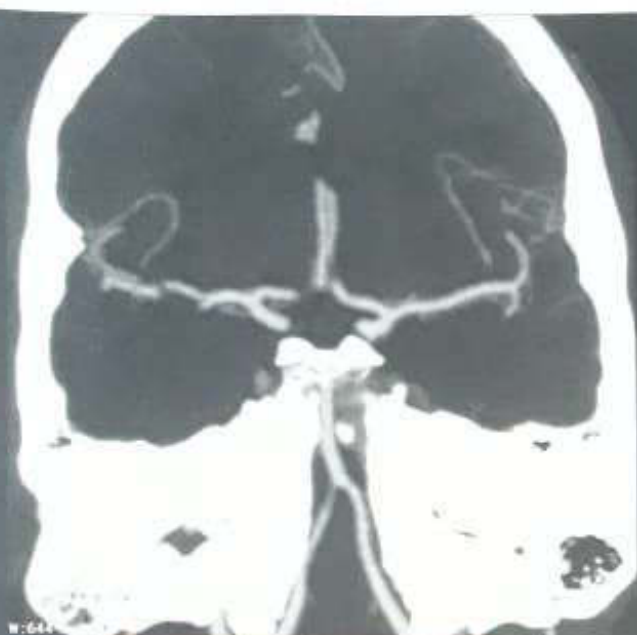
Dr. Leomar Mitoluzi
Membro titular do CBR

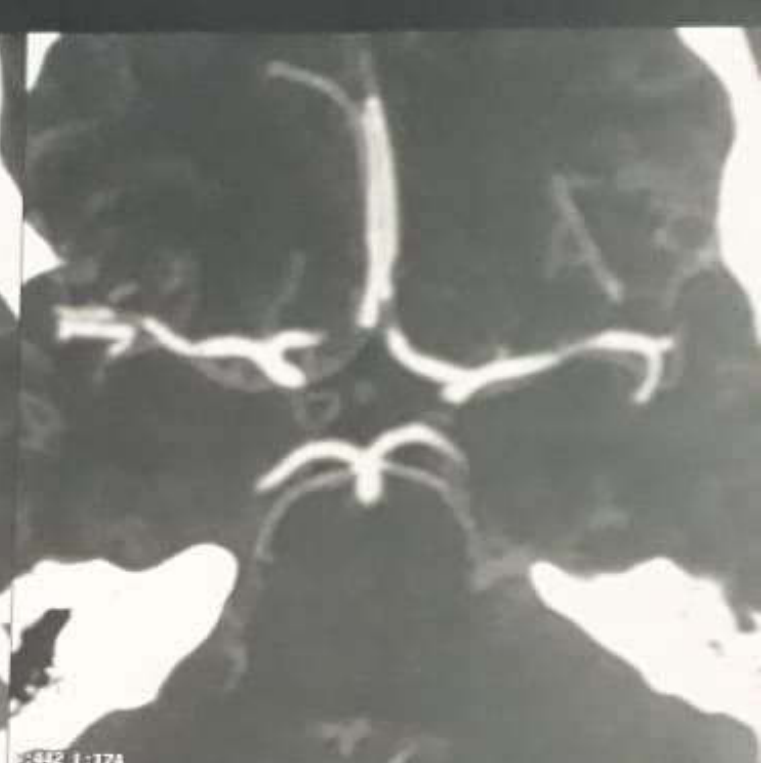
/ CRM:1232 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representa a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificada de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.









Revolution EVO SYSTEM
Ex: 2014
Se: 002 RPH
ON 512.59 0
In: 1

DFOV 23.8cm
SOFT+/L/SS50

CLINISCAN
Acc Num: 1020056
KEYCIANY SAMVLLYS GONCALVES GP
F 18 57189
DOB: 24 ago 2000
02 Jul 2020
10:00
MF: 2.4

Revolution EVO SYSTEM
Ex: 2014
Se: 002 RPH
ON A17.46 Cor
In: 2

DFOV 23.8cm
SOFT+/L/SS50

CLINISCAN
Acc Num: 1020056
KEYCIANY SAMVLLYS GONCALVES GP
F 18 57189
DOB: 24 ago 2000
02 Jul 2020
10:00
MF: 2.4

R
I
A

AV 120
MA 339

Head
0.0 200mm/39.38 0.004:1 REP
0.0 0.0
0.0 0.0 11:43:00/00.00
V: 284

PI

R
I
A

AV 120
MA 339

Head
0.0 200mm/39.38 0.004:1 REP
0.0 0.0
0.0 0.0 11:43:00/00.00
V: 284

I 44

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E CARRETERAS		
NOME: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES						
		DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF: 1148763993 SSP MA				
		CPF: 627.942.803-68	DATA NASCIMENTO: 26/07/1979			
		FILIAÇÃO: NEURIIVAS LOPES GUIMARAES LUISIA FEITOSA GUIMARAES				
PERMISSÃO: 1148763993		ACC: 1148763993	CAT. HAB: AB			
Nº REGISTRO: 03412152366		VALIDADE: 28/05/2023	Nº HABILITAÇÃO: 11/10/2004			
OBSERVAÇÕES:						
						
ASSINATURA DO PORTADOR						
LOCAL: BOA VISTA, RR		DATA DE EMISSÃO: 29/05/2018				
		ANTONIO FRANCISCO BERRERA MARCOS		69180083613 RR209677511		
		DIRETOR PRESIDENTE DE TRANSPORTES E CARRETERAS				
		ASSINATURA DO EMISSOR				
RORAIMA						

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO COLÍO CRUZ



Polegar Direito



Keyciany Samylls G. Gomes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

24/08/2031

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG 525981-9

03/03/2017

KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES GOMES

RELACÃO
KEYCID ERISTON GOMES DA SILVA

SÔNIA GONÇALVES LIMA

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

BOA VISTA - RR
CERTO MASC 30462 FLS 25-F LIV A-51

2 OF BOA VISTA-RR

CPF
040.129.682-64 AMARELO ROCHA TRIANI

1 VIZ

LEI Nº 7.114 DE 20/08/83

P 1

DATA DE NASCIMENTO

24/08/2031

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266771/20

Vítima: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMEI

CPF: 060.129.682-64

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 27/06/2020

Titular do CPF: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES : 060.129.682-64

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 320033

Data da solicitação: 08/10/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: KEICIANY SAMUELLYS GONCALVES COMES

CPF do beneficiário: 060.139.682-64

Nome do solicitante: CEE SANTANA PEREIRA JONADAEI

CPF do solicitante: 622.942.803-68

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 9119-8685
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: SANTANA@VIVADAPAC.COM.BR

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: CARIMBO DA DELEGACIA ESPECIALIZADA
(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO PEDIR REANÁLISE DO SINISTRO EM VIRTUDE DO B.O. CONTENDO CARIMBO DA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ASSIM COMO NOME FUNÇÃO E MATRÍCULA DO AGENTE DE POLÍCIA INFORMANDO AINDA QUE ESTE REGISTRO CONSTA ASSINADO ETERNICAMENTE PELA DELEGACIA DA ESPECIALIZADA. TENDO FE PÚBLICA.

BOA VISTA-PE, 08/10/2020

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: KEYCIANY SAMUELIS GONÇALVES GOMES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO
Nº DO RG: 525981-9 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR
DATA DE EMISSÃO: 03-03-2017
Nº CPF: 060.129.682-64
ENDEREÇO: RUA PROFESSORA ANTONIA CUTRIM Nº 1484 Bº PIRATUNIA

OUTORGADO:

NOME: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO
Nº DO RG: 114476399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: 627.942.803-68
ENDEREÇO: RUA GIDEÃO Nº 312 BAIRRO: NOVA CANAÃ

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), quitar, requerer e retirar documentos em órgãos públicos, municipais estaduais, federais e órgão pertencente ao setor privado, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para réditos de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 09 de SETEMBRO de 2020

X Keyciany Samuelis G. Gomes

Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266771/20

Número do Sinistro: 3200338202

Vítima: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMEI

CPF: 060.129.682-64

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2020

Titular do CPF: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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: 13/10/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO