

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:

☐ 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:

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

500 por pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Carta nº 16170152

Pag. 01731/01732 - carta\_03 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYU9 TNNVE 8WJGC PCXDU





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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.
<b>Documentação médico-hospitalar</b>	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

Carta nº 16216063

Pag. 00381/00382 - carta\_03 - INVALIDEZ



00040191



Seguradora <b>LÍDER</b> Administradora do Seguro DPVAT		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:		4 - Nome completo da vítima: <u>KEVCIANY SAMMYLLYS GONCALVES GOMES</u>	
3 - CPF da vítima: <u>060.129.682-64</u>			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: <u>KEVCIANY SAMMYLLYS GONCALVES GOMES</u>		6 - CPF: <u>060.129.682-64</u>	
7 - Profissão: <u>AUTONOMO</u>	8 - Endereço: <u>R. PROFESSORA ANTONIA COTRIM</u>	9 - Número: <u>1484</u>	10 - Complemento: <u>CASA</u>
11 - Bairro: <u>PINOTOLANDIA</u>	12 - Cidade: <u>BOA VISTA</u>	13 - Estado: <u>RR</u>	14 - CEP: <u>69.316-755</u>
15 - E-mail: <u>SANTIAAGUIVIMARQUES@GMAIL.COM</u>	16 - Tel.(DDD): <u>951 99164-3685</u>		
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:		19 - Profissão do Representante Legal:	
18 - CPF 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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: <input type="text"/>		AGÊNCIA: <input type="text"/>	
CONTA: <input type="text"/>		CONTA: <input type="text"/>	
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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascido(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: _____		39 - 2ª   Nome: _____	
CPF: _____		CPF: _____	
Assinatura da testemunha		Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data: <u>BOA VISTA RR, 02-09-2020.</u>		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (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

Logradouro: N 11

Bairro: PINTOLANDIA

Referência: EM FRENTE A DISTRIBUIDORA TRAVADÃO

Complemento: VIA PÚBLICA

UF: RR

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Tipo de local: BAR / LANCHONETE / CAFE

**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 CALCADA 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](http://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 SAMUELYS GONCALVES GOMES

CPF do beneficiário: 060.139.682-64

Nome do solicitante: CSE SANTANA PEROSA JORNADAES

CPF do solicitante: 622.942.803-68

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 9119-8685

Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

E-mail: SANTANAGIVIDARAC@GMAIL.COM

### 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: LAUDO DO MÉDICO ESPECIALISTA  
(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 ELETRONICAMENTE SENDO DELEGADO 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).



Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	060.129.682-64	KEVCIANY SAMUELYS GONCALVES 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:		6 - CPF:	
KEVCIANY SAMUELYS GONCALVES GOMES		060.129.682-64	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
AUTONOMO	R. PROFESSORA ANTONIA COELHO	1484	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
PINTOLANDIA	BOA VISTA	RR	69-316-755
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
SANTIAAGUIVIMAR@GMAIL.COM	97199164-3685		
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:		19 - Profissão do Representante Legal:	
18 - CPF 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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:		CONTA:	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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:			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li></ul>			
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:		24 - Data do óbito da vítima:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar vivos:	30 - Vítima deixou nascituro(s)?	31 - Vítima teve irmãos?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar vivos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?		
Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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:		Assinatura da testemunha	
CPF:			
39 - 2ª   Nome:		Assinatura da testemunha	
CPF:			
40 - Local e Data: BOA VISTA RR, 02-09-2020.			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		42 - Assinatura do Procurador (se houver)	
KEVCIANY SAMUELYS GOMES			
43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			

**Distribuição Roraima** Eletrobras, informe este NÚMERO 0062680-5

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Enio Garcia, 881 - Centro - Boa Vista - RR  
CEP: 69.316-755 - Fone: (68) 3201-1111 - Fax: (68) 3201-1112  
E-mail: atendimento@eletrobras.com.br

000270036

FEVEREIRO/2018 06/03/2018 765 433,51

KEYCID ERISTON GOMES DA SILVA  
R. PROFESSORA ANTONIA CUTRIM 1484 PINTOLANDIA  
CPF: 00051004291272  
CEP: 69.316-755 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.14.095900

Descrição	Valor	Descrição	Valor
Consumo	49447	Agil	17/02/2018
Imposto	48682	Agil	17/01/2018
Constante de Manutenção	1,000	Programa Lulura	17/03/2018
Consumo Medido	765	Imposto	16/02/2018
	765	Imposto	17/02/2018

NORMAL FCM 31

RESID. BX. RENDA BI E2831803 M 1409526 1.4.1.2 829

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
JAN/18 811	CONSUMO	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			39,68
AGO/17 781	SUBVENCAO BAIXA RENDA		
JUL/17 680	CORRECAO MONETARIA DA 12/17-00		
JUN/17 773	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00		0,01
MAT/17 700	MULTA POR ATRASO DE 12/17-00		1,26
ABR/17 746	JUROS DE MORA POR ATR 12/17-00		0,56
	MULTA POR ATRASO 12/17-00		0,06
	JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00		13,30
	ILUMINACAO PUBLICA		2,43
			18,74

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/03/2018. O não pagamento por 30 dias consecutivos resultará na suspensão do fornecimento de energia elétrica. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVAÇÃO FISCO C3EE.5964.DDCE.6088.BC41.14C1.83F0.71F0

Descrição	Valor	Descrição	Valor
Distribuição	119,14	Base de Cálculo	397,15
Energia	190,62	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor de ICMS	67,51
Energia	7,94	Valor de PIS	2,12
Tributos	79,45	Valor de COFINS	9,82

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 FCM


83620000004 7 33510075000 9 000000000062 0 68050218008 5

SEQ.: 00161 UC: 0062680-5 DT. LEIT.: 17/02/2018 T. ENTR.: 04  
LEITURA: 49447



**RORAIMA  
ENERGIA**

Para contato com  
a Roraima Energia,  
Informe este número

**0032588-0**

**RORAIMA ENERGIA S.A.**  
Av. Capitão Ené Garcez, 671 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

**Nº DA NOTA FISCAL** 5405120 **FCAM\***  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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

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

**RONARIA 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	BUJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	BUJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	BUJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	BUJETADO 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\$ 298 - 0.617770

**HISTÓRICO DE MEDIÇÃO**

0	82	73	80	7239	194	1	206	280	323	298	298
---	----	----	----	------	-----	---	-----	-----	-----	-----	-----





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12

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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu JOÃO SANTANA FEITOSA 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>	Estado	<u>PR</u>	CEP	
Email	<u>SANTANA.GIMARÃESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>195199169-3685</u>	

BOA VISTA, 14 de SETEMBRO de 2020  
Local e Data

x \_\_\_\_\_

... Guia de Atendimento 17 ...



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

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

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

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 CNS CPF 07 Prontuário

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo F Estado Civil SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor BOA VISTA - RR Nacionalidade BRASILEIRA

Mãe SONIA GONCALVES LIMA Endereço RUA - PROFESSORA ANTONIA CUTRIM - 1484 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR Contato (95) 99121-5056 Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento ATROPELAMENTO Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Sector 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: 12345 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: ) h

Fonte anamnese de atropelamento por moto

ciclote - / trauma na face

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

1 Dipirona 1g (EV) agora

2 Temoxicam 20mg (EV) agora

3 TC Crânio, cervical, face, maxila (E)

Solicitado laudo de TC realizada

Aguarda laudo de TC

Observação

Paciente imantem queixa de vertigem e não consegue sentar-se.

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

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: waldemar.stocker Data Hora: 27/06/2020 22:02:33

03h40min Paciente aradiu-se

Thais S. I. Ferreira Médica CRM-RR 2061

Thais S. I. Ferreira Médica CRM-RR 2061

10.102.5.252:8888/IS4/IS4//A913DA82-3313-4D66-83DA-30F25AFCC35C.html

1/1

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJYU9 TNNVE 8WJGC PCXDU



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

CNPJ: 04.788.372/0001-85  
CNPES: 6632668

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

Pedido: 0010081666  
Idade: 10 anos (a)  
Coleta: 02/07/2020

**EXAME .....: HEMOGRAMA**

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

**Eritrograma:**

**Intervalo de Referência :**

Hemácias .....: 4.36 mm<sup>3</sup>  
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 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	4,5 a 5,9 x 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>
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 / mm<sup>3</sup>

3,5 a 10 x 10<sup>3</sup> / mm<sup>3</sup>

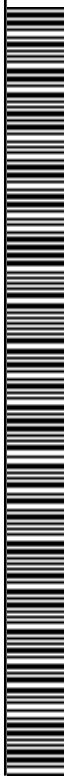
Diferencial	.....%	.....mm <sup>3</sup> .....
Neut. Metamielocitos:	%	
Neut. Bastonetes.....:	0,0 %	0
Neut. Segmentados.....:	76,7 %	5.700
Eosinófilos.....:	1,7 %	126
Basófilos.....:	0,2 %	15
Linfócitos.....:	15,8 %	1.170
Monócitos.....:	5,6 %	416
Blastos.....:	0,0 %	0

.....mm<sup>3</sup>.....  
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 mm<sup>3</sup>  
RDW: Fator de variação dos diâmetros dos eritrócitos.

150.000 a 450.000 / mm<sup>3</sup>

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





Nome: **KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES GOMES**

Cód. Pac.: 57139

Data: 02/07/2020 Idade: 18A10M Procedência: **ELETIVO**

Médico Solicitante: MAXIMO EDUARDO

### **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 Hitotuzi  
Médico  
CRM/R 1232

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566  
Responsável Técnico

Dr. Leomar Hitotuzi  
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:

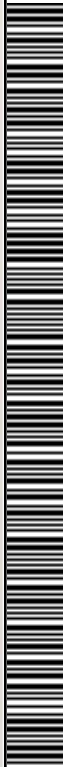
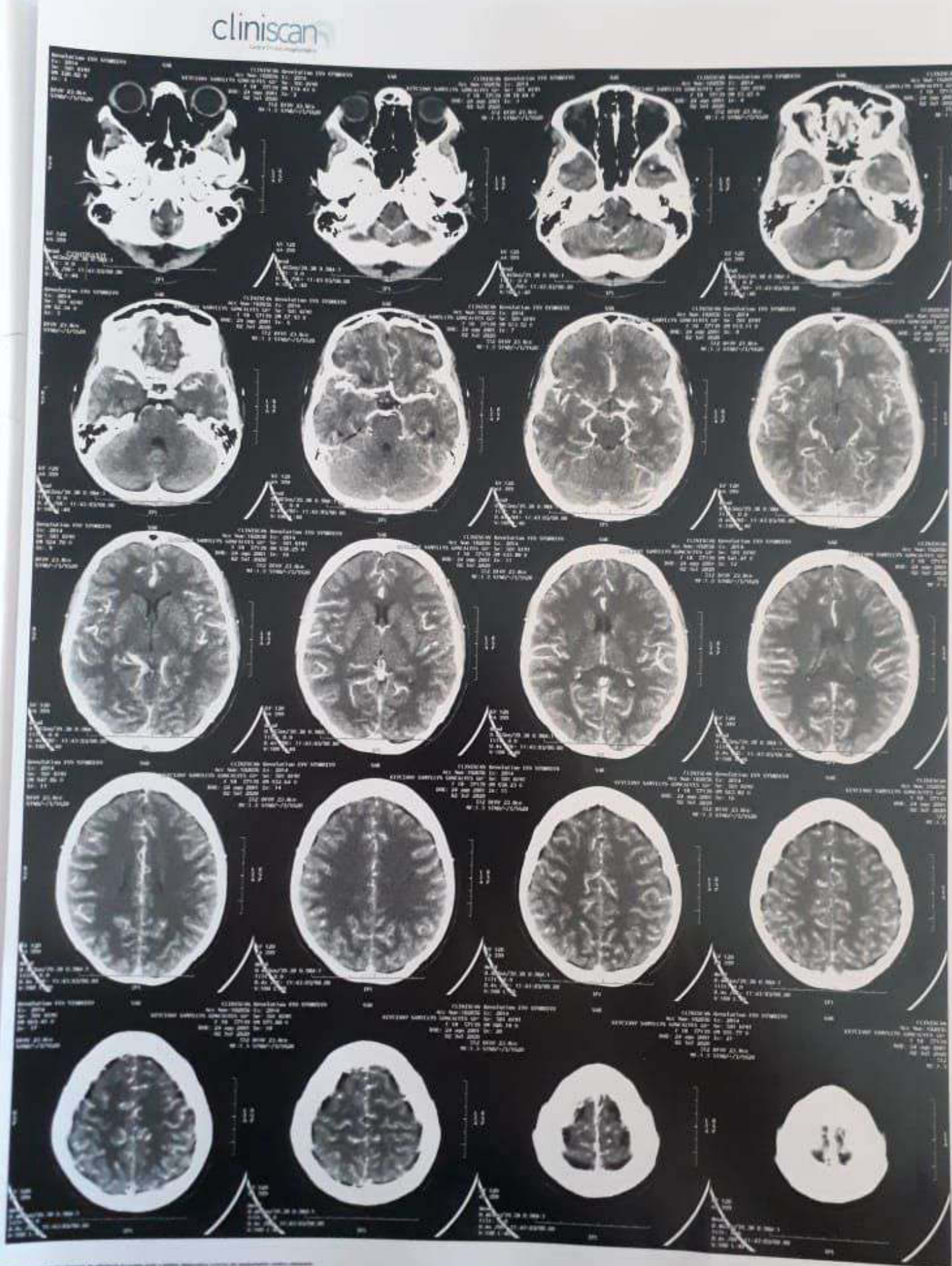
- Exame de Angiotomografia arterial e venosa do crânio sem alterações significativas.

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566  
Responsável Técnico

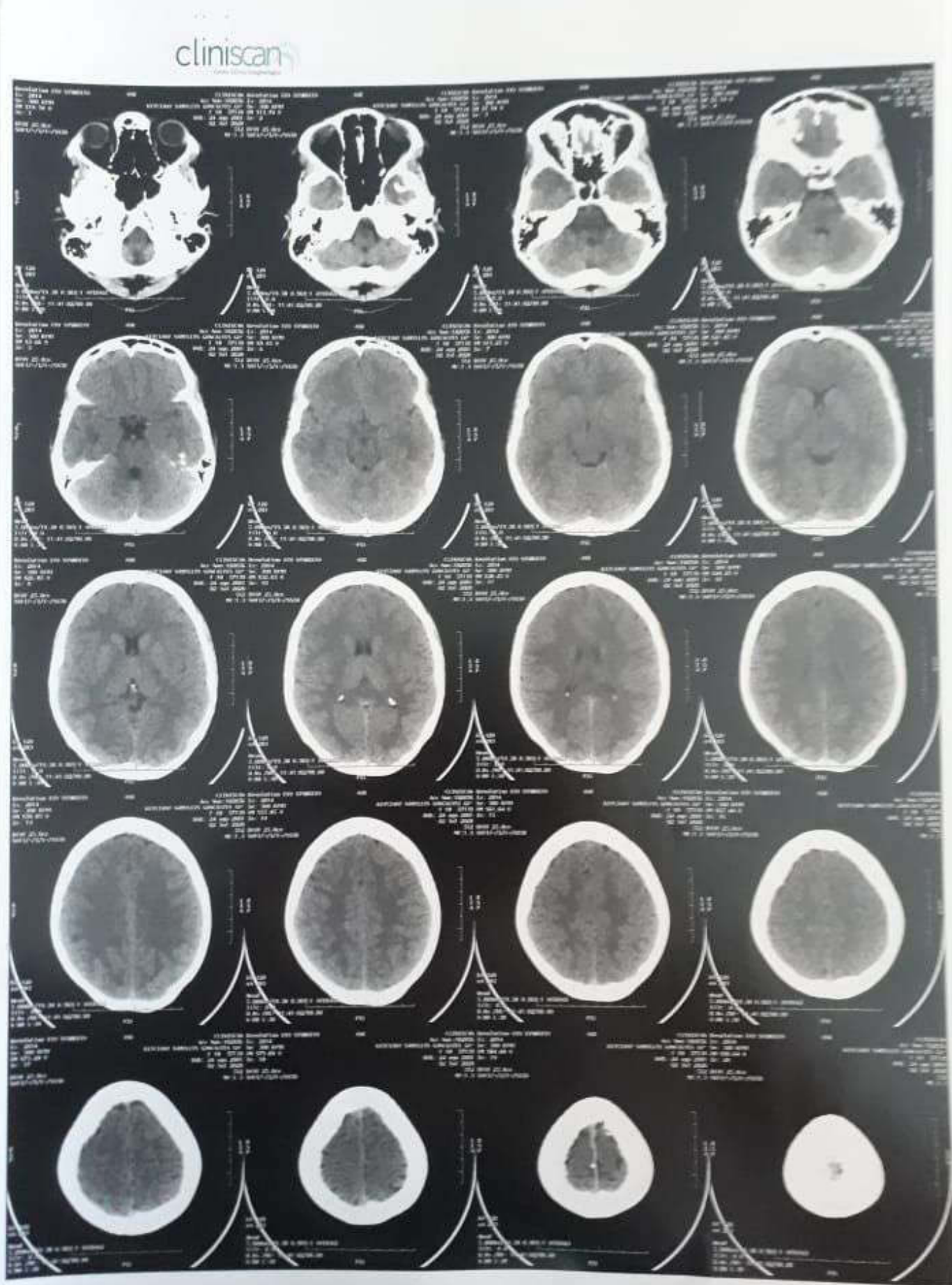
Dr. Leonor Mitidze  
Membro titular do CBR

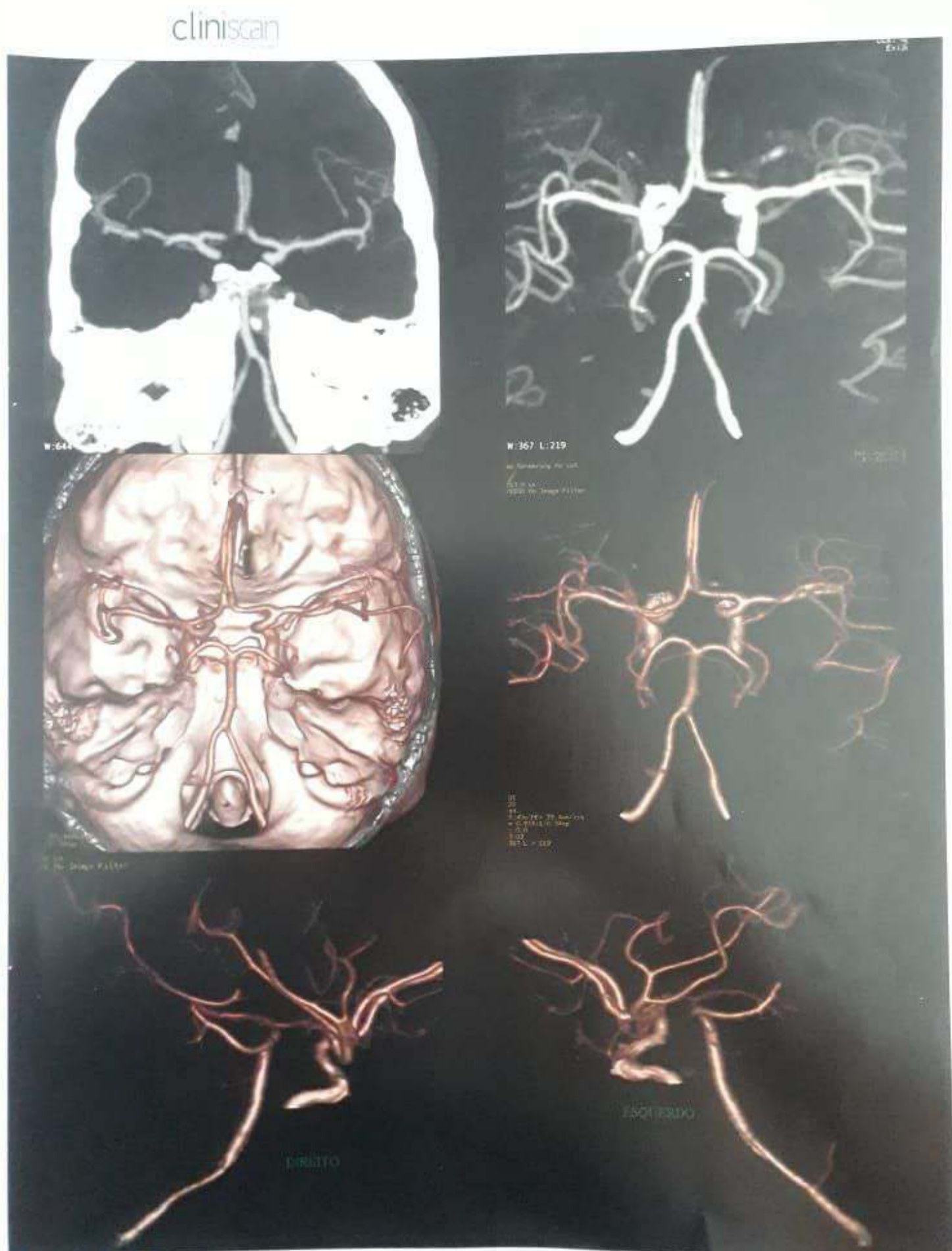
/ CRM: 1232 RR

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.











cliniscan



Revolution EVO SYSRKEVO

Ex: 2014

Se: 602 RFNT

ON 512.59 0

In: 1

DFOV 23.8cm

SOFT/+/1/SS50

AS

CLINISCAN

Acc Num:102000

Ex: 2014

Se: 602 RFNT

ON A17.4G Cor

In: 2

DFOV 23.8cm

SOFT/+/1/SS50

S 55

CLINISCAN

Acc Num:102000

Ex: 2014

Se: 602 RFNT

ON A17.4G Cor

In: 2

DFOV 23.8cm

SOFT/+/1/SS50

KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GP

F 18 57120

DOB: 24 ago 2000

02 Jul 2020

1020

NF:2.4

KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GP

F 18 57120

DOB: 24 ago 2000

02 Jul 2020

1020

NF:2.4

R 1 A

R 1 S P

R 1 A

AV 130  
NA 399

Head  
10.200mm/29.28 0.204:1 MP  
FOV: 23.8  
KV 120 / 15+ 11:40:05/00.00  
V:200 L:294

PI

KV 120  
NA 399

Head  
10.200mm/29.28 0.204:1 MP  
FOV: 23.8  
KV 120 / 15+ 11:40:05/00.00  
V:200 L:294

I 44





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

RR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1650874125

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1650874125

Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/F: 2148763993 - SSP - MA

CPF: 627.942.803-68 DATA NASCIMENTO: 26/07/1979

FILIAÇÃO: NEURIVAN LOPES GUIMARAES LUKIA FEITOSA GUIMARAES

PERMISSÃO:  ACC:  CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 03412152366 VALIDEZ: 29/05/2023 1ª HABITAÇÃO: 11/10/2004

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: 

LOCAL: BOA VISTA, RR DATA DE EMISSÃO: 29/05/2018

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES 69180083613  
DIRETOR PRESIDENTE RR209677511

ASSINATURA DO EMISSOR: 

RORAIMA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266771/20

**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  
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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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](http://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: REICIANY SAMUELYS GONCALVES GOMES

CPF do beneficiário: 060.139.682-64

Nome do solicitante: CSE 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: SANTANAJONADAEI@GMAIL.COM

### 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: LAUDO DO MÉDICO ESPECIALISTA  
(DESCREVER)

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

VENHO PEDIR REANÁLISE DO SINISTRO EM VIRTUDE DO B.O. COM O CARIMBO DA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ASSIM COMO NOME FUNÇÃO E MATRÍCULA DO AGENTE DE POLÍCIA. INFORMANDO AINDA QUE ESTE REGISTRO CONSTA ASSINADO ELETRONICAMENTE SENDO DELEGADO 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 SAMILLYS GONCALVES GOMES  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: AUTONOMO  
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: AUTONOMO  
Nº DO RG: 114476899-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA  
DATA DE EMISSÃO: 06.07.1999  
Nº CPF: 627.942.803-68  
ENDEREÇO: RUA GILDEAO Nº 312 BAIRRO: NOVA CANA

### 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 rēdito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 09 de SETEMBRO de 2020

X Keyciany Samyllys 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 GOMEZ

**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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

