

**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)
<b>Realces</b> 					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência	<b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória				
<b>Filtros</b> 					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7					
500 por pág. <b>1</b>					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	7 08/01/2021 17:32:26	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		7.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2777330CONTESTACAO01.pdf	Público
		7.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2777330CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
<input type="checkbox"/>	6 23/12/2020 21:24:55	<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b>	JARBAS LACERDA DE MIRANDA <b>Magistrado</b>		
5	17/12/2020 17:20:07	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ		
4	17/12/2020 17:20:07	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ		
3	17/12/2020 17:20:07	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	17/12/2020 17:20:07	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/>	1 17/12/2020 17:20:07	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b>		



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 SAMYLAYS GONCALVES GOMES**

**Data do Acidente: 27/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), KEYCIANY SAMYLAYS 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

Pag. 01731/01732 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 16170152



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 SAMYLAYS GONCALVES GOMES**

**Data do Acidente: 27/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), KEYCIANY SAMYLAYS 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





## 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 SAMULLYS GONCALVES Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

5 - Nome completo: KEVCIANY SAMULLYS GONCALVES Gomes 6 - CPF: 060.129.682-64  
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: R. PROFESSORA ANTONIA COCRIAN 9 - Número: 1484 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: PINTOLÂNDIA 12 - Cidade: BEA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-755  
15 - E-mail: SANTANAGUIMARAES86@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 197199169-3685

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:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 25593266

(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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, Informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (bebê recém-nascido)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA RR, 02-09-2020

K KEVCIANY SAMULLYS Gomes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

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	A POLICE 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 ALCIONADO 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 POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JUVENAL JOSÉ DOS SANTOS JUNIOR  
APC  
MATRÍCULA: 42000251  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

*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: REICIANY SANTILLYS GONCALVES Gomes

CPF do beneficiário: 060.139.682-64

Nome do solicitante: JOSE SANTANA PEREIRA FRANCAES

CPF do solicitante: 622.942.503-68

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 97169-3685  
DDD

Tel. Comercial: ( )  
DDD

Tel. Residencial: ( )  
DDD

E-mail: SANTANAPC1994@GMAIL.COM

### INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA 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: norma de Previdencia Especializada  
(DESCRIVER)

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

VENHO PELO PÉ ANÁLISE DO SINISTRO EM VITÓRIA DO B.O.  
COMO CARIMBO DA PREVIDÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO ASSIM  
COMO NOME FUNÇÃO E MATRÍCULA DO AGENTE DE POLÍCIA  
INTERNO AINDA QUE ESTE REGISTRO CONSTA ASSINADO EFETU-  
-MICAMENTE PELO PEGUEIRO DA ESPECIALIZADA.  
TENHO FÉ PÚBLICA.

Local e Data

Boa Vista-PE, 08/10/2020

Assinatura do solicitante ou de quem assina o 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 SAMULLYS GONCALVES Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

5 - Nome completo: KEVCIANY SAMULLYS GONCALVES Gomes 6 - CPF: 060.129.682-64  
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: R. PROFESSORA ANTONIA COCRIAN 9 - Número: 1484 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: PINTOLÂNDIA 12 - Cidade: BEA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-755  
15 - E-mail: SANTANAGUIMARAES86@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 197199169-3685

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:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 25593266

(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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, Informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (bebê recém-nascido)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA RR, 02-09-2020

K KEVCIANY SAMULLYS Gomes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Distribuição Roraima**

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Eraldo Gómez, 881 - Centro - Boa Vista - RR  
CEP: 69.316-000 - Fone: (69) 3622-2201 - Fax: (69) 3622-2203  
Endereço: Centro de Energia e Recursos - Boa Vista - RR  
CNPJ: 00.005.18004291272 - CNPJ: 00.005.18004291272  
Data da Conta: 06/03/2018 - Data da Fatura: 17/02/2018

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

**KEYCID ERISTON GOMES DA SILVA**  
**R. PROFESSORA ANTONIA CUTRIM 1484 PINTOLANDIA**  
**CPF: 0000518004291272**  
**CEP: 69.316-755 - BOA VISTA**

**ROT: 8.001.16.14.095900**

49447	17/02/2018
48682	17/01/2018
Constante de Utilização:	1.000
Consumo Médio:	765
	765
	FCAM
NORMAL	
31	

**RESID. BX. RENDA BI**      **Língua: Português**      **Coluna Mínima: 0000**      **Coluna Fim: 0000**

**E2831803 M 1409526 1.4.1.2 829**

Mes/Ano	Valor R\$	Consumo	Subvenção Baixa Renda	Correção Monetária	Correção Monetária IG	Multa por Atraso de I	Juros de Mora por ATR	Juros por Atraso	Juros de Mora de Impôsto	Iluminação Pública
JAN/18	811	30 A R\$ 0,197032 =	39,68	70 A R\$ 0,337772 =	5,91	120 A R\$ 0,506665 =	23,64	545 A R\$ 0,562958 =	60,79	306,81
DEZ/17	956									
NOV/17	961									
OUT/17	886									
SET/17	852									
AGO/17	781									
JUL/17	660									
JUN/17	773									
MAI/17	700									
ABR/17	746									
TARIFA SEM TRIBUTOS:										
IRPF	- 8.157,18									
IRRF	- 679,26									
ICMS	- 409,00									
ITBI	- 103,00									
Total	- 4503,00									

**Mes/Ano**      **01/2018**      **Valor R\$**      **453,28**

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/03/2018. O não pagamento pode ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SIEPE. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

**LIGUE 866607019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26**

RESERVADO AO FISCO	C3EE.5964.DDCE.60B8.BC41.14C1.83F0.71FD
Desconto	129,14
Energia	190,62
Transmissão	0,00
Encargos	7,94
Tríbuto	79,45
Desconto	397,15
Aluguel IPI	17,00%
VIP de IPI	67,51
Valor de PIS	2,12
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**      **TOTAL A PAGAR**      **433,51**

**02/2018**      **06/03/2018**

**000270036 FCAM**

**836200000047 335100750009 000000000062 0 680502180085**

**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 Ene Barreto, 671 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

**Nº DA NOTA FISCAL: 5405120 FCAM\***  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 16.438 de 24 de abril de 2002.

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

**ROHARIA PEREIRA DE SOUZA**  
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA  
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA  
CPF: 00087608650249

DADOS DA LEITURA						
Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	23/07/2020	
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	30	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA						
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçāo	Número Medidor	Faturamento	Modalidade	
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC	

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	KWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KWh FPONTA	INJETADO FPONTA	KWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	KWh RESERVADO
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1.000						
Resíduo							
Medido	298						
Faturado:	298						

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

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDIDAS					
TARIFA SEM IMBUTOS: 0 A 298 - 0,517770		0	12	13	18	194	239
							280
							323
							298
							298



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A 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/IOTECAWEB/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 fazenda 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 José SANTANA FEITO ALVES inscrito (a) no CPF 627.942.803-68,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KEYCIANY SAMULLYS G. Gomes inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 060.129.682-64 do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima  
KEYCIANY SAMULLYS GONCALVES Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.129.682-64, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Gideão	Número	312	Complemento	Casa	
Bairro	Novo Canaã	Cidade	Bon Vista	Estado	RR	CEP
Email	SANTANA.GVNRROCSRR@gmail.com	Telefone comercial (DDD)	195199169-3685			

Boa Vista, 14 de SETEMBRO de 2020  
Local e Data

João Alves Barbosa Filho

... 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

1<sup>a</sup> 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		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
KEYCIANY SAMYLAYS GONCALVES GOMES		24/08/2001	18 A 10 M 3 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
Mãe				F	SOLTEIRO(A)	PARD
SONIA GONCALVES LIMA					PA	VISTA - RR
Endereço				Pai		
RUA - PROFESSORA ANTONIA CUTRIM - 1484 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR				NI		
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ATROPELAMENTO	URGÊNCIA					
Setor						
GRANDE TRAUMA						
Quelxa Principal						
	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) : h

GSC  
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 015

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

PRESCRIÇÃO

(1) Dipiridona 1g (EV) agora  
(2) Tetraxicina 20mg (EV) agora  
(3) TC Crânio, cervical, face, encéfala (E)

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Solicitado laudo de TC realizada  
02h Aquanda laudo de TC

Observação

Paciente imóvel 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

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

Elias Carvalho Souza  
Cirurgia Geral  
CRM-RR 1103

Carimbo e Assinatura do Médico  
Thais S. I. Ferreira  
Médica  
CRM-RR 2061



2001252668



AV. Mário Homen de Melo, 5455  
RECISURG CRM/PR: 000067-BR  
RT Dr. Vanderlei S. Oliveira CRM/PR 1069

CNPJ: 04.788.372/0001-85  
CNEP: 6633668

Nome: KEYLIANY SAMILLEYS GONÇALVES GOMES  
Medico: DRA. RAISA S.W. MURARI

Pedido: 0010081666  
Idade: 10 anos;  
Coleta: 02/07/2020

## EXAME .....: HEMOGRAMA

MÉTODO .....: Automatizado  
AMOSTRA.....: Sangue total (EDTA)

### Eritrograma:

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

Intervalo de Referência :  
**MULHER:** 4,0 a 5,2 x 10<sup>6</sup>/mm<sup>3</sup>  
12 a 16 g%  
35 a 46 %  
80 a 100 fl  
26 a 34 pg  
31 a 36 %  
11,5 a 15 %  
**HOMEM:** 4,5 a 5,9 x 10<sup>6</sup>/mm<sup>3</sup>  
13,5 a 17,5 g%  
41 a 53 %  
80 a 100 fl  
26 a 34 pg  
31 a 36 %  
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.: % .....mm<sup>3</sup>.....  
Neut. Bastonetes.....: 0,0 % 0 .....mm<sup>3</sup>.....  
Neut. Segmentados....: 76,7 % 5.700 .....mm<sup>3</sup>.....  
Eosinofilos.....: 1,7 % 126 .....mm<sup>3</sup>.....  
Basofilos.....: 0,2 % 15 .....mm<sup>3</sup>.....  
Linfocitos.....: 15,8 % 1.170 .....mm<sup>3</sup>.....  
Monocitos.....: 5,6 % 416 .....mm<sup>3</sup>.....  
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>

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

RDW: Fator de variação dos diâmetros dos eritrocitos.

Vanessa Gomes de Alcantara  
Farmaceutica-Bioquimica  
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 órbita 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
- Ventrículos 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 Daniel Lopes Azevedo, RQE 566  
Responsável Técnico

Dr Leomar Hitotuzi  
Membro titular do CBR

/ CRM:1232 RR

Dr. Leomar Hitotuzi  
Médico  
CRM/RR 1232

NOTA: As informações contidas neste resultado representam 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 périvas, com trajeto e calibre preservados.
- Sifões carotídeos tópicos, de dimensões e atenuação para fluxo habituais.
- Artérias vertebrais e basilar périvas, 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:

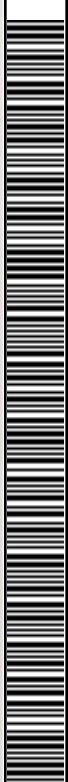
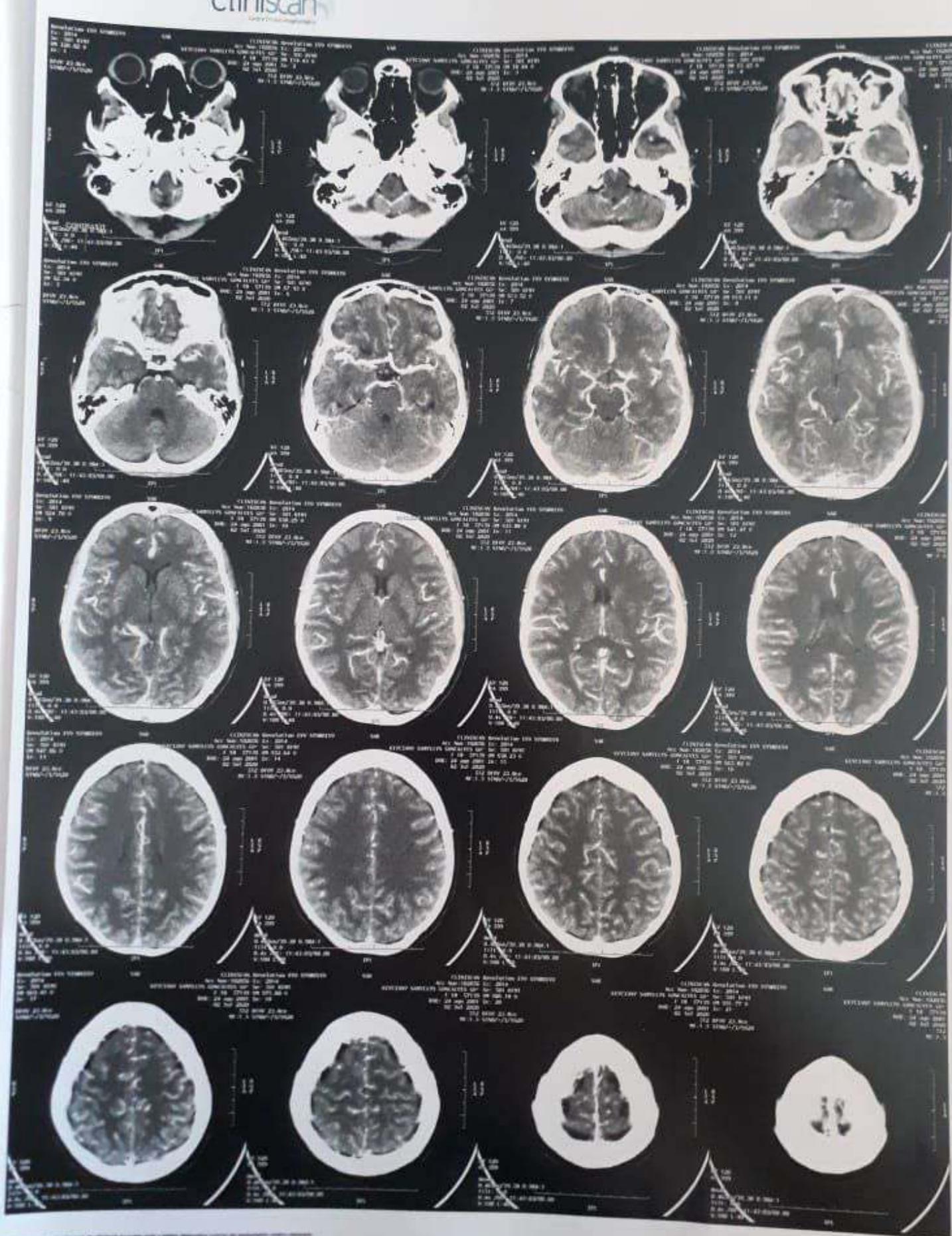
- Exame de Angiotomografia arterial e venosa do crânio sem alterações significativas.

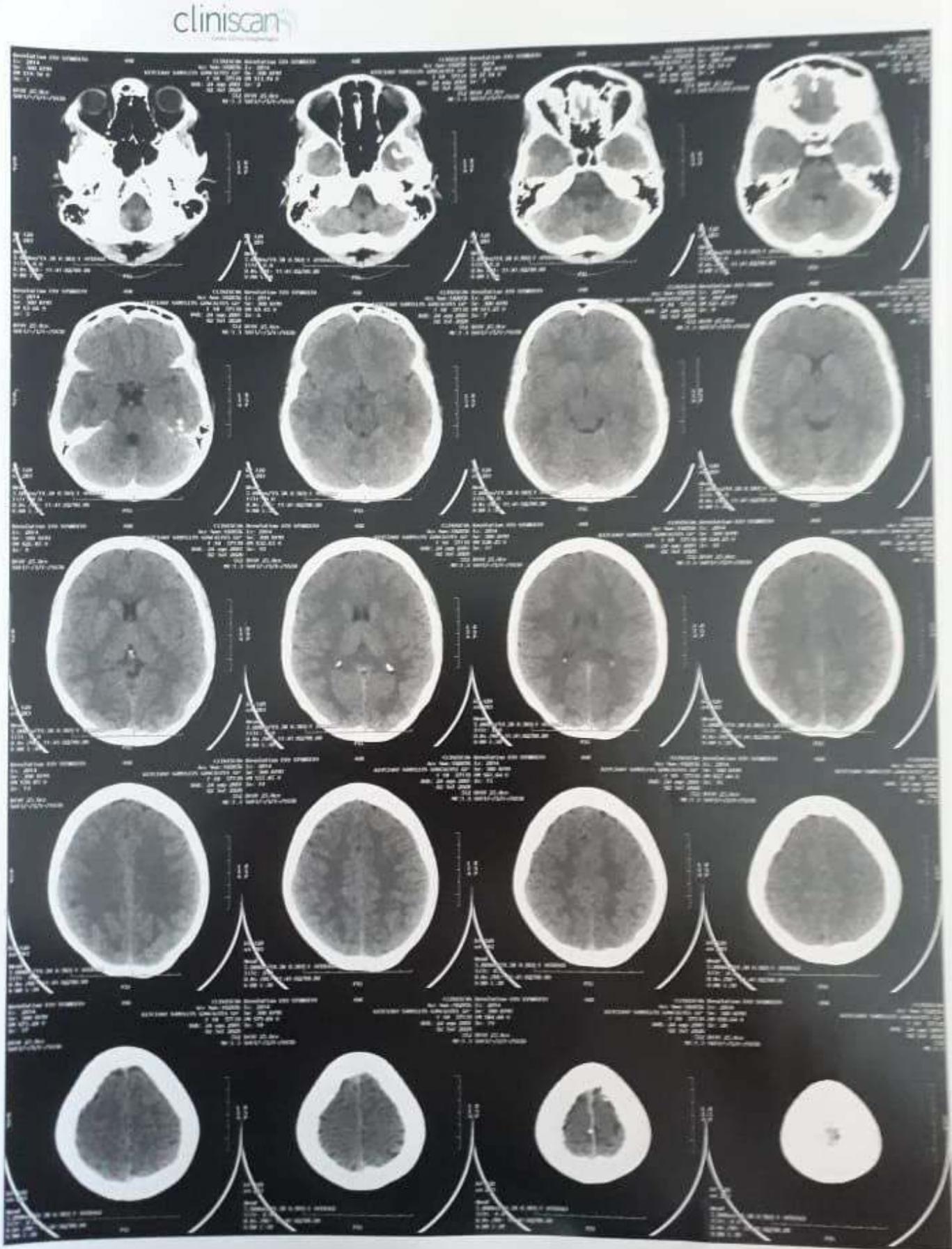
Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566  
Responsável Técnico

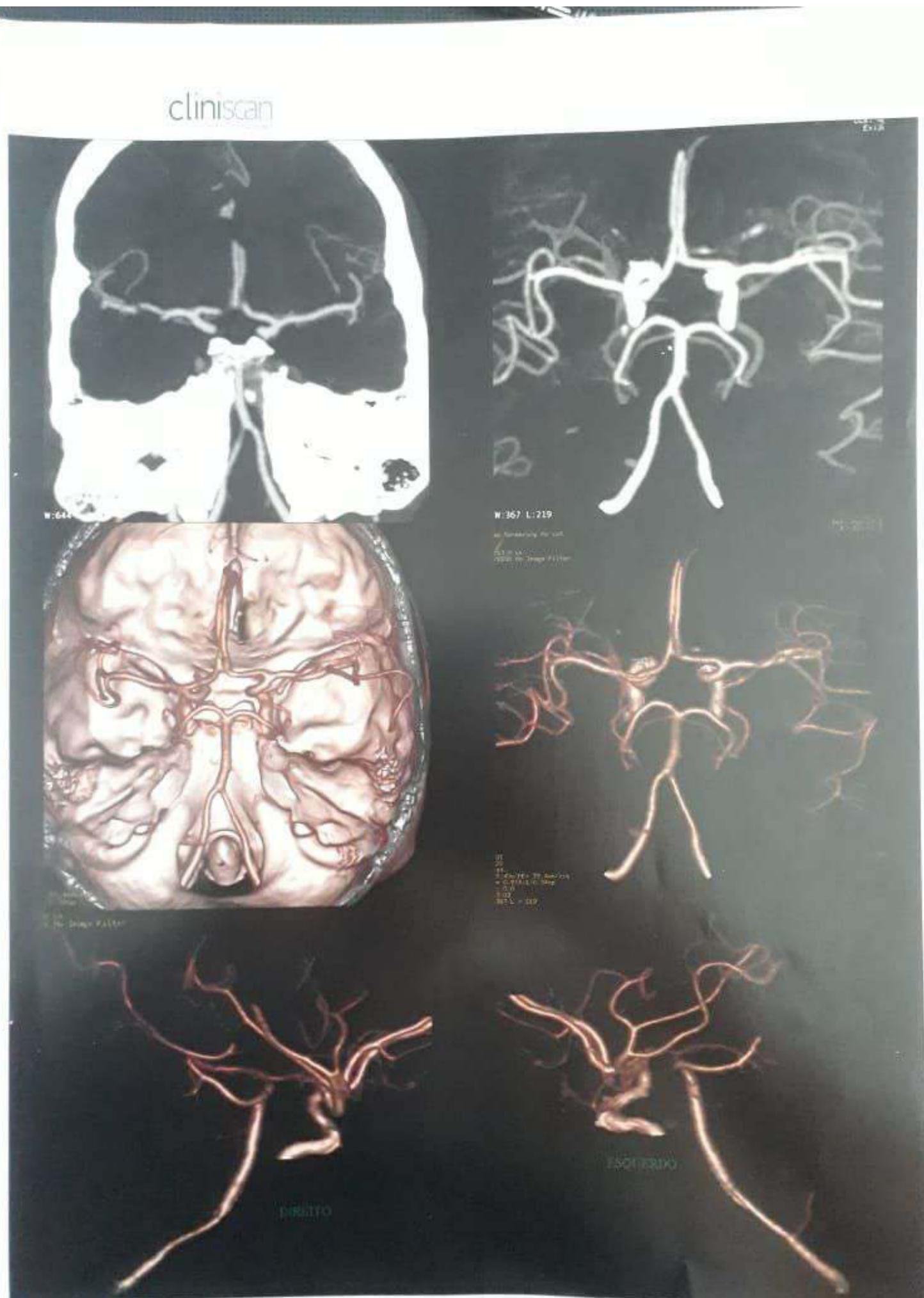
Dr Leômar Miltuzi  
Membro titular do CBR

/ CRM:1232 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representam 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



Resolution EVO SYSTEM  
Ex: 2014  
Se: 602 RFNT  
ON S12.59.0  
In: 1

DFOV 23.8cm  
SOFT/-/1/SS50

AS  
CLINISCAN  
Acc. Nro: 102800  
KEYCIANY SANILLYS GONCALVES GDF  
F 18 57120  
DOB: 24 ago 2001  
02 Jul 2020

S 35  
Ex: 2014  
Se: 602 RFNT  
ON A17.46 Cor  
In: 2  
162 DFOV 23.8cm  
MF: 2.4  
SOFT/-/1/SS50

CLINISCAN  
Acc. Nro: 102800  
KEYCIANY SANILLYS GONCALVES GDF  
F 18 57120  
DOB: 24 ago 2001  
02 Jul 2020  
162 MF: 2.4

RIA

AV 120  
AP 300

Scout  
120 200ms/50.000 0.000-1.000  
100 147 100  
100 9 100 100-100/100.00  
100 1200

PE

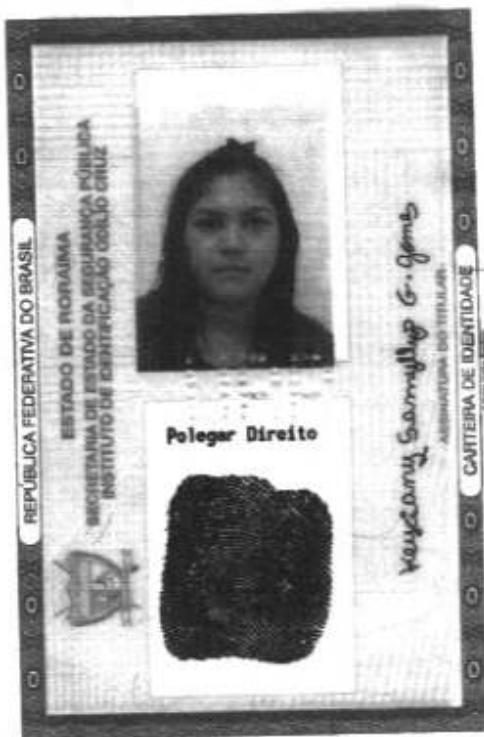
IV 120  
nA 399

Scout  
120 200ms/50.000 0.000-1.000  
100 147 100  
100 9 100 100-100/100.00  
100 1200

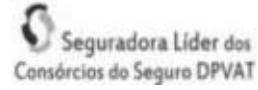
I 44







## RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266771/20

**Vítima:** KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

**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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

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 SANTILLYS GONCALVES Gomes

CPF do beneficiário: 060.139.682-64

Nome do solicitante: JOSE SANTANA PEREIRA FRANCAES

CPF do solicitante: 622.942.503-68

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 97169-3685  
DDD

Tel. Comercial: ( )  
DDD

Tel. Residencial: ( )  
DDD

E-mail: SANTANAPC1994@GMAIL.COM

### INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA 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: norma de Previdencia Especializada  
(DESCRIVER)

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

VENHO PELO PÉ ANÁLISE DO SINISTRO EM VITÓRIA DO B.O.  
CONTRARIO CARIMBO DA PREVIDENCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO ASSIM  
COMO NAME FUNÇÃO E MATRÍCULA DO AGENTE DE POLICIA  
INTERESSADO AINDA NESTE REGISTRO CONSTA ASSINADO EFETU-  
-MICAMENTE FONTO PEGUEI DA ESPECIALIZADA.  
TENHO FÉ PÚBLICA.

Local e Data

Boa Vista-PE, 08/10/2020

Assinatura do solicitante ou de quem assina o 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 Samyllis 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  
ENDERECO: RUA PROFESSORA ANTONIA CUTTER N° 1184 Bº PINTO LAMIA

### OUTORGADO:

NOME: José Santana Feitosa Grinacarés  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: Autônomo  
Nº DO RG: 114876399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA  
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999  
Nº CPF: 627.942.803-68  
ENDERECO: RUA GIDEÃO N° 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 administrada 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 rédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista, 09 de Setembro de 2020

X Keyciany Samyllis 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 GOME!

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 13/10/2020

Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

Data do cadastramento: 13/10/2020

Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO