

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:
2961935020210127112519

Processo 0832313-37.2020.8.23.0010  - (39 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: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																	
Filtros 																	
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>																	
11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11																	
500 por pág.  1																	
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por														
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO																	
<input type="checkbox"/> 11	27/01/2021 11:25:19	Cumprimento de intimação - Referente ao evento ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE (11/01/2021)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">11.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 30%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 30%; text-align: right;">: 2777337CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 10%;">Público</td></tr> <tr> <td>11.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>: 2777337CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td>Público</td></tr> <tr> <td>11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>: KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td>Público</td></tr> </table>						11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: 2777337CONTESTACAO01.pdf	Público	11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: 2777337CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público	11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: 2777337CONTESTACAO01.pdf	Público														
11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: 2777337CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público														
11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público														
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA																	
10	22/01/2021 00:00:54	(Pelo advogado/curador/defensor de RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 8.	SISTEMA CNJ														
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA																	
9	12/01/2021 16:02:52	(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador														
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO																	
8	11/01/2021 12:54:36	Para advogados/curador/defensor de RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE (11/01/2021)	ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária														
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO																	
7	11/01/2021 12:54:35	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE (11/01/2021)	ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária														
ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE																	
<input type="checkbox"/> 6	11/01/2021 11:15:53		JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado														
CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL																	
5	18/12/2020 14:46:05		SISTEMA CNJ														
4	18/12/2020 14:46:04	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ														
3	18/12/2020 14:46:04	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ														
2	18/12/2020 14:46:04	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ														
JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL																	
<input type="checkbox"/> 1	18/12/2020 14:46:04		Thiago Amorim Dos Santos Advogado														



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

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200366941

Vítima: RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO

Data do Acidente: 25/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 25/06/2020, emitido pelo Dr. ALBERTO FERREIRA DE SOUZA CRM nº 1617 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Pag. 01777701778 - carta_31 - INVALIDEZ

Carta nº 16244519

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: PJD6E LM8E9 G5EE8UDXVSK



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:

79.602.012-04

4 - Nome completo da vítima:

Raimundo Nonato Carvalho Filho

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

5 - Nome completo:

Raimundo Nonato Carvalho Filho

6 - CPF:

79.602.012.04

7 - Profissão:

POTER MILITAR

8 - Endereço:

Rua Piracara

11 - Bairro:

RECICLURA

12 - Cidade:

BOAVISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.344-035

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(95) 99169-3685

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 6263 CONTA: 10111 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <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: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <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: Falecidos:	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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 29/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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:

79.602.012-04

4 - Nome completo da vítima:

Raimundo Nonato Carvalho Filho

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

5 - Nome completo:

Raimundo Nonato Carvalho Filho

6 - CPF:

79.602.012.04

7 - Profissão:

POTER MILITAR

8 - Endereço:

Rua Piracara

9 - Número:

472

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

RECICLURA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

69.344-035

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(19) 99169-3685

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: 61263

CONTA: 10111

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve Irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da 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, 29/08/2020

Raimundo N. Carvalho Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





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:

79.602.012-04

4 - Nome completo da vítima:

Raimundo Nonato Carvalho Filho

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

5 - Nome completo:

Raimundo Nonato Carvalho Filho

6 - CPF:

79.602.012.04

7 - Profissão:

Piloto militar

8 - Endereço:

Rua Piracara

9 - Número:

472

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

PIRACARA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

69.344-035

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(19) 99169-3685

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6263

CONTA: 10111

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 29/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

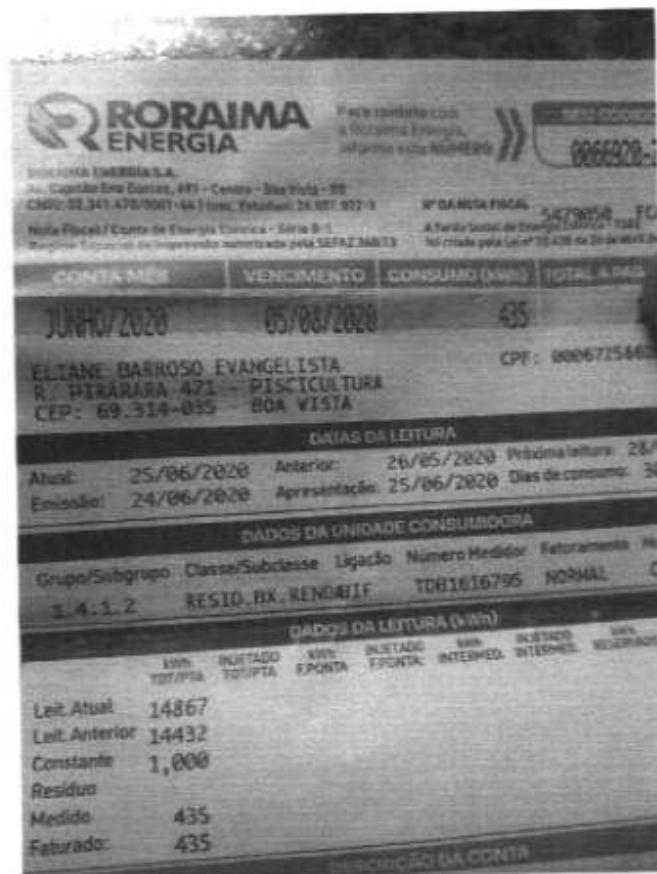
04/09/2020

(5) WhatsApp



Junior

03/07/2020 às 3:15 PM



RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eze Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.436/0001-44 | Istr. Estadual: 24.000.022-2
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 346/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este número: **0832588-0**

Nº DA NOTA FISCAL: 5405128 FCAH
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 16.436 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO	VALOR
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,87

ROHARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CÁNAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 00087688658249

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	Ligaçao	Número Medidor	Faturamento	Modalidade		
1. 1. 1. 2	RESIDENCIAL	BIF	11ED0001196	NORMAL	CONVENC		
DADOS DA LEITURA (kWh)							
	TOT/PTA	INMETAD	TOT/PTA	INMETAD	INMETAD	INMETAD	INMETAD
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1.000						
Resíduos							
Medido	298						
Faturado:	298						
CONSUMO	DESCRITIVO						
ILUMINACAO PÚBLICA	298 A R\$						
OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO					
TARIFA DE TRIBUTO: R\$ 298 - 0,07770		0	1239	194	106	280	323
		1	280		298		298
		2					
		3					
		4					

RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eze Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.436/0001-44 | Istr. Estadual: 24.000.022-2
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 346/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este número: **0832588-0**

Nº DA NOTA FISCAL: 5405128 FCAH
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 16.436 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO	VALOR
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,87

ROHARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CÁNAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA
CPF: 20087688658249

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	Ligaçao	Número Medidor	Faturamento	Modalidade		
1. 1. 1. 2	RESIDENCIAL	BIF	11ED0001196	NORMAL	CONVENC		
DADOS DA LEITURA (kWh)							
	TOT/PTA	BBR/ TOT/PTA	BBR/ F.PONTA	BBR/ F.PONTA	BBR/ INTERNET	BBR/ INTERNET	BBR/ RESERVADO
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1.000						
Resíduos							
Medido	298						
Faturado:	298						
DESCRITIVO DO CONSUMO							
CONSUMO	298	A R\$	254,87	254,87	254,87	254,87	254,87
ILUMINACAO PÚBLICA							
OUTRAS INFORMAÇÕES							
DESCRIÇÃO	1239	194	196	280	323	298	298
DESCRIÇÃO	1239	194	196	280	323	298	298
DESCRIÇÃO	1239	194	196	280	323	298	298



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www1.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 SUSEP¹ 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 falsa 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 COAF².

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 José SANTANA Feijó Guimarães inscrito (a) no CPF 627.942.803-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alcione Nonato Parvalho Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.602.012-04, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.602.012-04, 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	Rua Gideão	Número	312
Bairro	Novo Canaã	Cidade	Itapuã
Email	<u>SANTANA.GuimaraesRR@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	195199169-3685

04/08/2020 de Setembro de 2020

Local e Data


Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www1.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 SUSEP¹ 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 falsa 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 COAF².

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 José SANTANA Feijó Guimarães inscrito (a) no CPF 627.942.803-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alcione Nonato Parvalho Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.602.012-04, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.602.012-04, 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	Rua Gideão	Número	312	Complemento	CASA
Bairro	Novo Canaã	Cidade	Itapuã	Estado	RR
Email	<u>SANTANA.GuimaraesRR@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	195199169	Telefone celular (DDD)	-3685

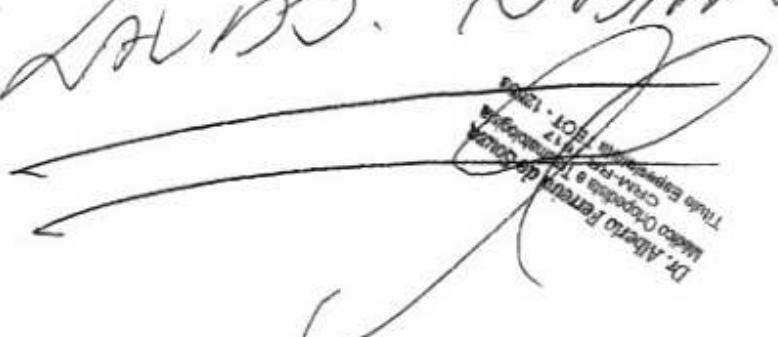
04/08/2020 de Setembro de 2020

Local e Data


Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1 ^ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação				
		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho				
		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja				
		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo				
		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde				
		<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.				
2001252161	25/06/2020 09:19:19	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA							
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO		17/05/1982	38 A 1 M 8 D	704500319220810	71960201204	00155065			
TIpo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade	
IDENTIDADE	192.578	SSP/RR	29/11/2002	M	SOLTEIRO(A)	PARADA	SANTA INES - MA	BRASILEIRA	
Mãe	Pai								
MARIA DE FATIMA ROGERIO CARVALHO		RAIMUNDO NONATO CARVALHO							
Endereço	Contato (95) 99139-9812								
RUA - PIRARARA - 471 - PISCICULTURA - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal				
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	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									
GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456									
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)									
<i>Trauma contuso pulo @</i>									
Exame Físico									
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares									
<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:									
PRESCRIÇÃO									
<i>1) AJ. Ortopedia</i>									
<i>P. Viegas Cirurgião-Dentista CRM-RP 1795</i>									
<i>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA AV. BRIG. EDUARDO GOMES, 3308 Novo Progresso - RR - 66520-000</i>									
<i>1 AGO 2020</i>									
Condução									
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta a Relevia <input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta: / / / / / / <input type="checkbox"/> Transferência para: _____									
Óbito									
Antes do 1 ^º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / / /									
Assinatura do Paciente ou Responsável									
Carimbo e Assinatura do Médico									



verso pos/11
Assim com Muitos em
Ranko ②.
Rx com Fazenda 05
Roda Distra sum
Musio TDO conservado
ad. 6850 + 01/01/2025
2023. + 2025/00
+ 2020. 00/00/00




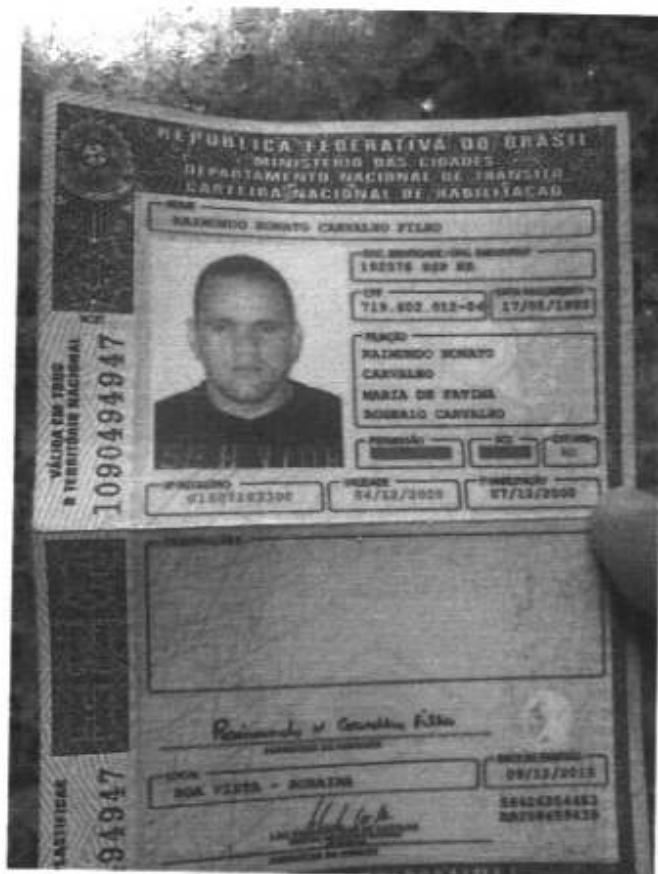
WhatsApp



Junior

03/07/2020 às 3:15 PM

□ ★ ↗ ⏪ ⏴ ×



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: PJD6E LM8E9 G5EE8UDXVSK



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1 ^ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação			
		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho			
		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja			
		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo			
		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde			
		<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.			
2001252161	25/06/2020 09:19:19	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA						
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO		17/05/1982	38 A 1 M 8 D	704500319220810	71960201204	00155065		
Identidade	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
192.578	SSP/RR	29/11/2002	M	SOLTEIRO(A)	PARD	SANTA INES - MA	BRASILEIRA	
Mãe				Pai			Contato	
MARIA DE FATIMA ROGERIO CARVALHO				RAIMUNDO NONATO CARVALHO			(95) 99139-9812	Ocupação
Endereço							POLICIAL MILITAR	
RUA - PIRARARA - 471 - PISCICULTURA - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor								
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA							
Queixa Principal								
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)								
<i>Trauma contuso pulo @</i>								
Exame Físico								
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares								
<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS:		
PREScrição				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
<i>1) AJ. Ortoped</i>								
<i>P. Viegas Cirurgião Geral CRM/RR 1795</i>				HOSPITAL GERAL DE RORAIMA AV. BRIG. EDUARDO GOMES, 3308 Novo Progresso - RR - 69520-000 Data: 25/06/2020 Assinatura: <i>shele</i>				
Condução								
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório							
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação Até 24h							
<input type="checkbox"/> Alta a Reversa	<input type="checkbox"/> Internação							
<input type="checkbox"/> Transferência para:	Data e Hora da Saída/Alta:							
Óbito								
Antes do 1 ^º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico				

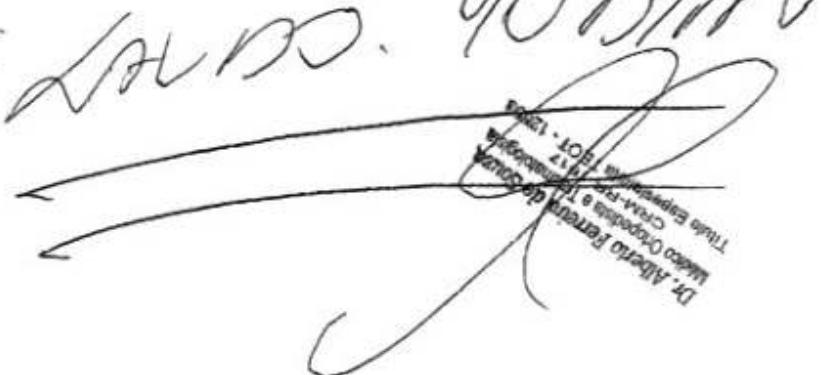


CONCLUSION

class von Phasen im
Perito .

Rx von Phasen der
Rücke Pista Sun
musis no conserva

ad. G810 + 01111
SM3. + 00000
+ 0000. 00000


Dr. Alberto Ferreira de Oliveira
Médico Cirurgião e Traumatologista
Tratamento Especializado em Pernas e Pés - 100%



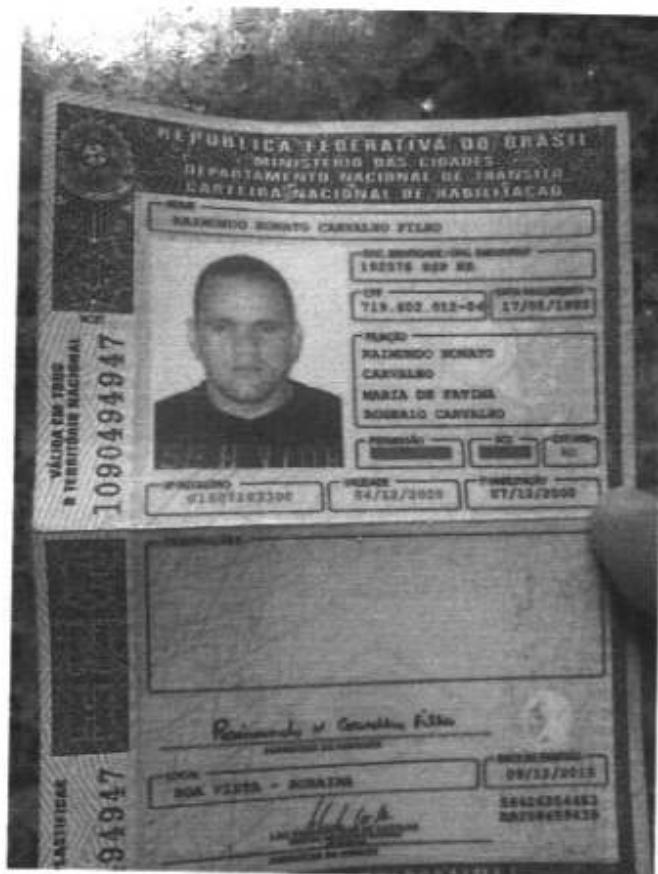
WhatsApp



Junior

03/07/2020 às 3:15 PM

□ ★ ↗ ⏪ ⏴ ×



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: PJD6E LM8E9 G5EE8U DXVSK







(1) WhatsApp



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
NOME: Raimundo Nonato da Conceição
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGENTE PORTARIA RG: 62.738 SSP/RR
CPF: 225.978.272-91 ENDEREÇO: RUA SORINHA N° 803
BAIRRO: SANTA TEREZA CIDADE: DEA VISTA - RIOGRANDE
CEP: 69

VITIMA: _____ DATA DO ACIDENTE: _____
CPF: _____
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:
NOME: José Santana Feitosa (Inimicidade)
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ALIMENTAR
Nº. DO RG: 144876399-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/RR
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº. DO CPF: 622.942.503-69
ENDEREÇO: RUA GIDEÃO N° 312 BARRA: 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, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Bea Vista de 12 de maio de 2020

Raimundo Nonato da Conceição
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
NOME: Raimundo Nonato da Conceição
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGENTE PORTARIA RG: 62.738 SSP/RR
CPF: 225.978.272-91 ENDEREÇO: RUA SORINHA N° 803
BAIRRO: SANTA TEREZA CIDADE: DEA VISTA - RIOGRANDE
CEP: 69

VITIMA: _____ DATA DO ACIDENTE: _____
CPF: _____
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:
NOME: José Santana Feitosa (Inimicidade)
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ALIMENTAR
Nº. DO RG: 144876399-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/RR
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº. DO CPF: 622.942.503-69
ENDEREÇO: RUA GIDEÃO N° 312 BARRA: 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, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Bea Vista de 12 de maio de 2020

Raimundo Nonato da Conceição
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200366941 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO CARVALHO **Data do acidente:** 25/06/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO (SEM DESVIO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG.2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECEIPO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255218/20

Vítima: RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO

CPF: 719.602.012-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO : 719.602.012-04

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: 10/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO