

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:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 11	27/01/2021 11:25:19	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE (11/01/2021)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
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
10	22/01/2021 00:00:54	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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
9	12/01/2021 16:02:52	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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
8	11/01/2021 12:54:36	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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
7	11/01/2021 12:54:35	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE (11/01/2021)	ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária
<div>[+]</div> 6	11/01/2021 11:15:53	ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA NÃO CONCEDIDA A PARTE	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
5	18/12/2020 14:46:05	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	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
<div>[+]</div> 1	18/12/2020 14:46:04	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	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

Carta nº 16244519

Pag. 01777/01778 - carta_31 - INVALIDEZ



00020889



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: 719.602.012-04	
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: 719.602.012-04	
7 - Profissão: DETON. MILITAR		8 - Endereço: RUA PIRACARA	
9 - Número: 476		10 - Complemento: CASA	
11 - Bairro: AGRICULTURA		12 - Cidade: BOA VISTA	
13 - Estado: RR		14 - CEP: 69.341-075	
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (95) 99161-5685	
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:			
<input type="checkbox"/> RECUSO 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 type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 4263 3		CONTA: 10111 7	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> 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			
<input 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"/> 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 (m/nascido)? <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 - 1ª Nome: _____ CPF: _____		Assinatura da testemunha	
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____		Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 29/08/2020			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			
43 - Assinatura do Procurador (se houver)			

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: 719.602.012-04	
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			
7 - Profissão: DETON. MILITAR		6 - CPF: 719.602.012-04	
8 - Endereço: RUA PIRACARA		9 - Número: 476	
11 - Bairro: AGRICULTURA		10 - Complemento: CASA	
12 - Cidade: BOA VISTA		13 - Estado: RR	
14 - CEP: 69.341-075		15 - E-mail:	
16 - Tel.(DDD): (95) 99161-5685			
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:			
<input type="checkbox"/> RECUSO 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 type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 4263		CONTA: 10111	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
(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 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"/> 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 (mãe nascido)? <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 - 1ª Nome: _____ CPF: _____			
Assinatura da testemunha			
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____			
Assinatura da testemunha			
40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 29/08/2020			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			
43 - Assinatura do Procurador (se houver)			

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: 719.602.012-04	
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: 719.602.012-04	
7 - Profissão: DETON. MILITAR		8 - Endereço: RUA PIRACARA	
9 - Número: 476		10 - Complemento: CASA	
11 - Bairro: AGRICULTURA		12 - Cidade: BOA VISTA	
13 - Estado: PE		14 - CEP: 69.341-075	
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (95) 99161-5685	
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:			
<input type="checkbox"/> RECUSO 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 type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 4263 3		CONTA: 10111 7	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> 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			
<input 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"/> 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 (nã nascido)? <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 - 1ª Nome: _____ CPF: _____		Assinatura da testemunha	
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____		Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data, BOA VISTA - PE, 29/08/2020			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			
43 - Assinatura do Procurador (se houver)			

04/09/2020

(5) WhatsApp



Junior

03/07/2020 às 3:15 PM



RORAIMA ENERGIA
PREFEITURA DE RORAIMA
A Roraima Energia, autarquia estadual, inscrita no CNPJ nº 06.692.020-01

ROD. BR-163, KM 10, POLO INDUSTRIAL, 69.161-900, BOA VISTA, RORAIMA
Nº DA NOTA FISCAL: 5479058-01
A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida pelo SIAFEM, no âmbito da Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR
JUNHO/2020	05/06/2020	435	

ELTANE BARROSO EVANGELISTA
R. PIRARARA 471 - PISCICULTURA
CEP: 69.314-035 - BOA VISTA
CPF: 0006725462

DATAS DA LEITURA

Atual	Anterior	Próxima leitura	Dias de consumo
25/06/2020	24/05/2020	28/06/2020	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Obs
1.4.1.2	RESID. BX. REND.BIF	TDB1616795	NORMAL	C	

DADOS DA LEITURA (kWh)

	KWh TOT/PTA	INLETADO TOT/PTA	KWh F.PONTA	INLETADO F.PONTA	KWh INTERMED.	INLETADO INTERMED.	KWh REGERADOS
Leit. Atual	14867						
Leit. Anterior	14432						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	435						
Faturado	435						

DISTRIBUIÇÃO DA CONTA



RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-64 | Insc. Estadual: 24.887.022-1

Para contato com a Roraima Energia informe este número: **0032588-0**

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ/RR

Nº DA NOTA FISCAL: 5485120 FCAM
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
Est. criada pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

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

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

CPF: 00087608650249

DATAS DA LEITURA			
Atual:	15/06/2020	Anterior:	19/05/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020
		Próxima leitura:	21/07/2020
		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)							
	MRB TOTAL	MRB TOTAL	MRB F.PONTO	MRB F.PONTO	MRB INTERMED.	MRB INTERMED.	MRB RESERVADO
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	298						
Faturado:	298						

CONSUMO ILUMINAÇÃO PÚBLICA 298 A R\$ 298,07

OUTRAS INFORMAÇÕES: DATA DE TENDIMENTO: 01/07/2020

0 12 13 10 1239 194 206 280 323 208 208

RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.430/0001-64 | Insc. Estadual: 24.887.022-1

Para contato com a Roraima Energia informe este número: **0032588-0**

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ/RR

Nº DA NOTA FISCAL: **5485120** FCAM®
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
Instituída pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

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

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

CPF: 00087608650249

DATAS DA LEITURA			
Atual:	15/06/2020	Anterior:	19/05/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020
		Próxima leitura:	21/07/2020
		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)							
	MRB TOTAL	MRB TOTAL	MRB F.PONTO	MRB EPONTO	MRB INTERMED.	MRB INTERMED.	MRB RESERVADO
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	298						
Faturado:	298						

CONSUMO ILUMINAÇÃO PÚBLICA 298 A R\$ 254,07

OUTRAS INFORMAÇÕES: DATA DE TENDIMENTO: 01/07/2020

0 12 13 10 1239 194 206 280 323 208 208



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/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 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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE SANTANA FEITOSA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KAJIMUNPO NONATO CARVALHO 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	<u>RUA GIDEÃO</u>	Número	<u>312</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade	<u>BOA VISTA</u>	Estado	<u>RR</u>
Email	<u>SANTANA.GIMARAESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>95199169-3685</u>	

BOA VISTA, 04 de SETEMBRO de 2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



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 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 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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE SANTANA FEITOSA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KAJIMUNPO NONATO CARVALHO 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	<u>RUA GIDEÃO</u>	Número	<u>312</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade	<u>BOA VISTA</u>	Estado	<u>RR</u>
Email	<u>SANTANA.GIMARÃESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>95199169-3685</u>	

BOA VISTA, 04 de SETEMBRO de 2020
Local e Data

x _____
Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação/Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308			
2001252161	25/06/2020 09:19:19	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19 5	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO		17/05/1982		38 A 1 M 8 D		704500319220810	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão	
IDENTIDADE		192.578		SSP/RR		29/11/2002	
Mão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
M		M		SOLTEIRO(A)		PARD	
Mãe		Naturalidade		Nacionalidade		Prontuário	
MARIA DE FATIMA ROGERIO CARVALHO		SANTA INES - MA		BRASILEIRA		00155065	
Endereço		Contato		Ocupação		Sis Prenatal	
RUA - PIRARARA - 471 - PISCICULTURA - BOA VISTA - RR		(95) 99139-9812		POLICIAL MILITAR			
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				Autorização	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA				Peso	
Setor		Tipo de Chegada		Procedência		Pressão	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Registrado por:	
Queixa Principal						ERBEJONE.SIMPLICIO	
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares							
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-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							
1. Av. Ombudo							
APRAZAMENTO							
OBSERVAÇÃO							
Paciente Paulo Viegas							
Cirurgião Geral							
CRM-RR 1795							
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA							
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308							
Novo Planalto - Roraima - 69200-000							
1 AGO 2020							
Data e Hora da Saída/Alta:							
Condição							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica							
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido							
<input type="checkbox"/> Alta a Revella							
<input type="checkbox"/> Transferência para:							
óbito							
Antes do 1º 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							
Impresso por: erbejone.simplicio							
Data Hora: 25/06/2020 09:20:14							
2001252161							

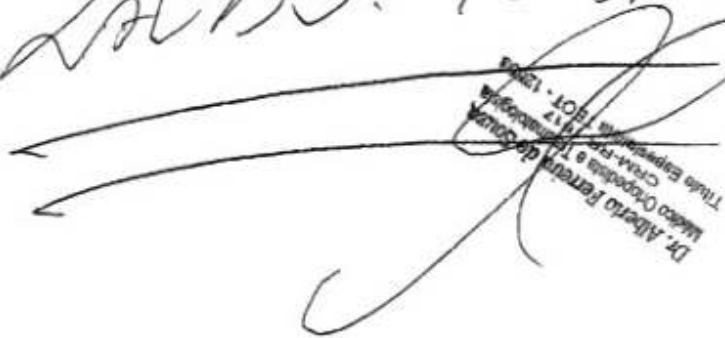
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJD6E LM8E9 G5E8U DXVSK

CONTESTAÇÃO

Quem com o mesmo em
Punko @.

Rx com fraturas de
Romp distal sum
Núcleo T10 conservado

vel. 6510 + DINET
SM3. + Adiposo
+ Lado. 400110


Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
Título Especialista 1907-1998

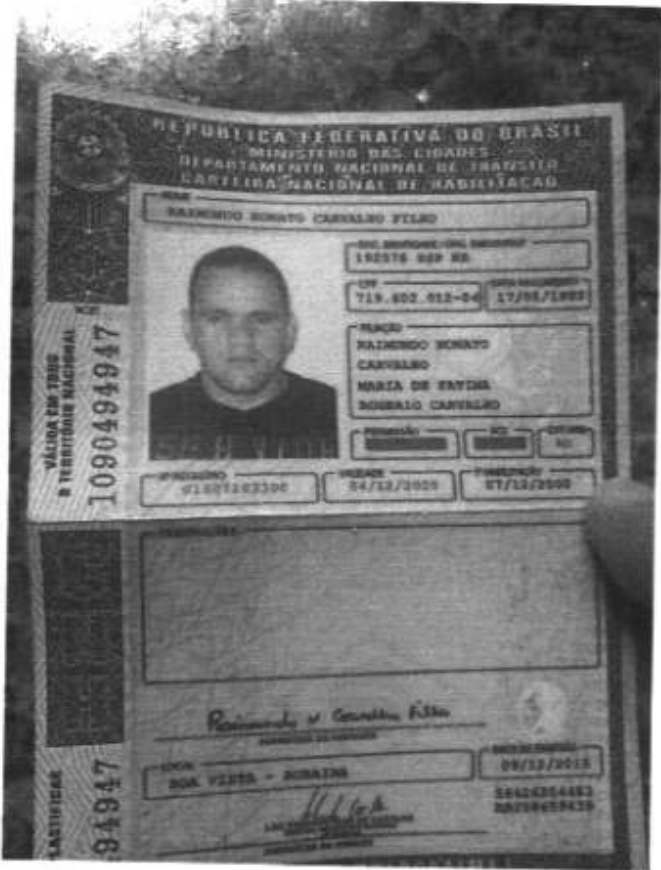


WhatsApp



Junior

03/07/2020 às 3:15 PM



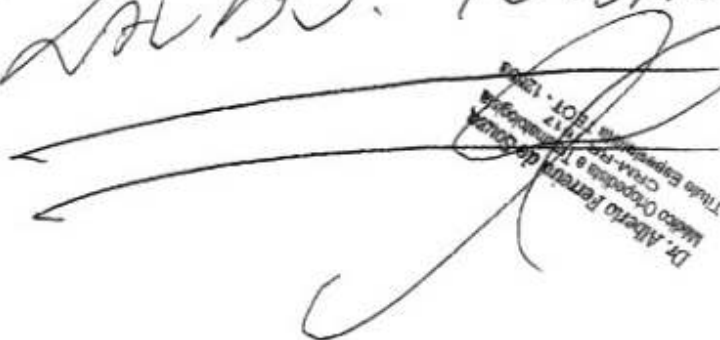
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação/Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308			
2001252161	25/06/2020 09:19:19	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19 5	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO		17/05/1982		38 A 1 M 8 D		704500319220810	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão	
IDENTIDADE		192.578		SSP/RR		29/11/2002	
Mão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
MÃE		M		SOLTEIRO(A)		PARDAS	
Endereço		Profissional do Atend.		Naturalidade		Nacionalidade	
RUA - PIRARARA - 471 - PISCICULTURA - BOA VISTA - RR		RAIMUNDO NONATO CARVALHO		SANTA INES - MA		BRASILEIRA	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA					
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Peso	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA					
Queixa Principal		Profissional do Atend.		Registrado por:		Pressão	
				ERBEJONE.SIMPLICIO			
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Exame Físico		Trauma contuso pulso @					
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares		<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-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			
1. Av. Ombreira							
Dr. Paulo Viegas							
Cirurgião Geral							
CRM-RR 1795							
Condição		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Ambulatório		<input type="checkbox"/> Observação	
		<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Internação		<input type="checkbox"/> Transferência para:	
		<input type="checkbox"/> Alta a Revella					
		<input type="checkbox"/> Transferência para:					
óbito		Antes do 1º 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					
Impresso por: erbejone.simplicio		Data Hora: 25/06/2020 09:20:14					
2001252161							

CONTESTAÇÃO

Quem com provas em
Punko @.

Rx com provas de
Romp dista sum
Núlio too conservado

vel. 6510 + DINET
SM3. + ADPADO
+ LADDO. 400110


Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Otorrinolaringologista
CRM-PR nº 107.120/1



WhatsApp



Junior

03/07/2020 às 3:15 PM







(7) WhatsApp

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA CIDADANIA	
DETRAN - RJ CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
RR Nº 013774774950		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO 2018	DATA EMISSÃO 23/01/2018	PLACA NULLELA	
VEICULO 01	CHASSI 672.38E.8V.06	RENAVAM 0-026-314439	MARCA/MODELO HONDA/CB 125 FNN ESD
ANO FAB 2014	QNTD 19	902JCA160PR001176	1ª CHAVE
PRÊMIO TARIFARIO			
PRE (R\$) R\$61,29	USUATRIA (R\$) R\$9,83	CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90,13	
CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15	CF (R\$) R\$0,7	TOTAL DO BILHETE (R\$) R\$105,5	
<input type="checkbox"/> COTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 08.248.608/0001-04			
013774774950 79445554			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA CIDADANIA	
DETRAN - RJ CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
RR Nº 013774774950			
VEICULO 01			
CHASSI 672.38E.8V.06			
PLACA NULLELA			
ANO FAB 2014			
QNTD 19			
902JCA160PR001176			
1ª CHAVE			
PRÊMIO TARIFARIO			
PRE (R\$) R\$61,29	USUATRIA (R\$) R\$9,83	CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90,13	
CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15	CF (R\$) R\$0,7	TOTAL DO BILHETE (R\$) R\$105,5	
<input type="checkbox"/> COTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 08.248.608/0001-04			
013774774950 79445554			

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: RAIMUNDO NONATO DA CONCEIÇÃO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGENTE FORTARIA RG: 62.738 SSP/RR
CPF: 225.978.292-94 ENDEREÇO: RUA SARGINHA N° 803
BAIRRO: SANTA TEREZA CIDADE: BOA VISTA - MACAPANÁ
CEP: 69

VITIMA:

CPF: _____ DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: LESE SANTANA FEITOZA GUIMARÃES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOCADO
Nº. DO RG: 114876394-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº. DO CPF: 627.942.503-69
ENDEREÇO: 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 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.

BOA VISTA RR 12 de MAIO de 20 20

Raimundo Nonato da Conceição
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: RAIMUNDO NONATO DA CONCEIÇÃO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGENTE FORTARIA RG: 62.738 SSP/RR
CPF: 225.978.292-94 ENDEREÇO: RUA SARGINHA N° 803
BAIRRO: SANTA TEREZA CIDADE: BOA VISTA - MACAPANÁ
CEP: 69

VITIMA:

CPF: _____ DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: LESE SANTANA FEITOZA GUIMARÃES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOCADO
Nº. DO RG: 114876394-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1994
Nº. DO CPF: 627.942.503-69
ENDEREÇO: 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 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.

BOA VISTA RR 12 de MAIO de 20 20

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 FILHO **Data do acidente:** 25/06/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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



RECIBO 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2020

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

