

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:
2956440420210120163804

Processo 0832486-61.2020.8.23.0010 ☆ - (29 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

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 6	20/01/2021 16:38:04	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
6.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778463CONTESTACAO01.pdf Público
6.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778463CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
5	21/12/2020 17:20:56	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	21/12/2020 17:20:56	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	21/12/2020 17:20:56	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
2	21/12/2020 17:20:56	Registro de Distribuição DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	21/12/2020 17:20:56	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2017

Carta nº: 11054409

A/C: MARINES SOARES SANTANA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170285009 ASL-0192983/17
Vítima: MARIA FERNANDA SOARES CAVALCANTE
Data Acidente: 02/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11061506

A/C: MARINES SOARES SANTANA

Sinistro: 3170285009 ASL-0192983/17
Vítima: MARIA FERNANDA SOARES CAVALCANTE
Data Acidente: 02/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01515/01516 - carta_02





Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2017

Carta nº: 11206349

A/C: MARINES SOARES SANTANA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170285009 ASL-0192983/17

Vítima: MARIA FERNANDA SOARES CAVALCANTE

Data Acidente: 02/05/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

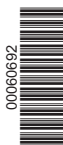
PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01383/01384 - carta_03





Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARINES SOARES SANTANA**

Nº Sinistro: **3170285009**
Vítima: **MARIA FERNANDA SOARES CAVALCANTE**
Data do Acidente: **02/05/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170285009**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12148072



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARINÊS SOARES SANTANA
PORTADORA DO RG Nº 213.206 EXPEDIDO POR SSP-RR EM 30/10/98 E
CPF 714448352-53 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Professora
E RENDA MENSAL DE R\$ 930,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA M^{te} Fernando Soares Cavalcante, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPVPAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2617-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16-111-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Brasília-RR, 02 de Maio

LOCAL E DATA

de 2017 MARINÊS SOARES SANTANA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

19 MAIO 2017

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

BANCO DO BRASIL S.A.
30/04/2016 AUTO-ATENDIMENTO 07:22:05
0783771508

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 2617-4 CONTA: 16.111-X
TITENTE: MARINES SUARES SANTANA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
31/03/2016		
Saldo Anterior		
29/04/2016		
Recebimento de Proventos 290014		
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		
EXTRATômes F. 320958		
Cobr. para tar.f. pend. ref. a 31/03/2016		
Tarifa Pacote de Serviços 462654		
Tarifa pendente referente a 31/04/2016		
S A L D O		
Juros *		
Data de Debito de Juros		02/05/2016
IUF *		
Data de Debito de IUF		02/05/2016
(*)Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao debito.		
OBSERVAÇÕES:	R\$ 1.805,00	

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

19 MAIO 2017



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE PACARAÍMA

Boletim de ocorrência



REGISTRO Nº 650/2016		Hora: 09:15		Data: 04/05/2016	
DADOS DA OCORRÊNCIA					
Local do Fato: RR 101 (estrada de Uiramutã)			Bairro: Zona Rural		
Cidade: Uiramutã		Hora: 03:30		Data: 02/05/2016	
Natureza da Ocorrência: A TIPIFICAR					
DADOS DO (A) COMUNICANTE/VÍTIMA					
Nome: DONES ANTÔNIO BATISTA DOS SANTOS				Telefone: 3592-2016	
Endereço: Comunidade Indígena Encada, centro Pedra Branca - município de Uiramutã					
Pai: ANTÔNIO GOMES DOS SANTOS					
Mãe: MARIA RAIMUNDA BATISTA DOS SANTOS					
CPF: 638.741.482-20		RG: 178.408 SSP/RR		Data de Nascimento: 25/08/1978	
Escolaridade: ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO			Naturalidade: MANAUS - AM		
Nacionalidade: BRASILEIRO		Sexo: M (X) F ()		Idade: 37 anos	
				Cor: PARDO	
DADOS DO ACUSADO E/OU SUSPEITO					
Nome/Apelido:				Telefone:	
Endereço:					
CPF:		RG:		Data de Nascimento:	
Escolaridade:			Naturalidade:		
Nacionalidade:		Sexo: M () F ()		Idade:	
				Cor:	
RELATO DO FATO					
Sr. Delegado, compareceu nesta Delegacia de Polícia o comunicante acima qualificado para relatar o seguinte fato: QUE na madrugada do dia 02/05/2016 trafegava pela rodovia estadual RR 101, sentido Boa Vista, em sua picape GM S-10 placas JWS-8716, ano 2001/01, quando no trecho distante cerca de 70 quilômetros da sede do município de Uiramutã, parte da estrada havia se rompido, sendo que nenhuma placa ou aviso informava a ruptura da via. Por este motivo, mesmo tendo freado bruscamente sua picape, o comunicante acabou caindo dentro da vala aberta, ocasionando danos materiais no veículo, bem como danos físicos no comunicante e nos cinco demais ocupantes. O caso mais grave foi a ocupante MARIA FERNANDA, de apenas 06 meses de vida, que fraturou o fêmur. Outro ocupante VALDINILSON SOARES CAVALCANTE sofreu danos na cartilagem do nariz e a senhora MARINÊZ SOARES SANTANA sofreu cortes na testa e nos lábios. Os demais ocupantes e o comunicante sofreram apenas escoriações aparentemente sem maior gravidade. O comunicante informa ainda que a ruptura havia ocorrido na madrugada de sábado, sendo que a prefeitura de Uiramutã já havia providenciado um desvio. Ocorre é que não foram colocadas placas informando da ruptura nem do desvio, e devido ao horário, na madrugada, não foi possível evitar o acidente. O comunicante apresentou fotos do fato para serem anexadas a este Boletim de Ocorrência. É o que tinha a comunicar.					
 MARCELO DIONÍSIO DO CARMO Agente de Polícia Civil			 DONES ANTÔNIO BATISTA DOS SANTOS Comunicante		
DESPACHO DO DELEGADO: AUTENTICAÇÃO					
() Fato Atípico. Arquite-se; () Encaminhe-se a(o) _____ () Intime-se as partes. Constatado o fato, lavre-se YCO - Art. _____ () Aguardar Representação da Vítima; () Ao S.O. para investigar e relatar em _____					
Esta cópia confere com o documento original que me foi apresentado em Cartório Em: 24/05/2016 Pacaráima-RR, 2016.					
Dr. Jimmy Santana de Carvalho Segundo Delegado Titular de Polícia Civil Rua Paríma s/n Vila Velha - Pacaráima/RR					
 SANA REGINA MORAES ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL					

Telefone: (95) 3592-1979

19 MAIO 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, MARIA FERNANDA SOARES CAVALCANTE, portador da carteira de identidade nº 213.006 e inscrito no CPF/MF sob o nº 714.448.152-53, residente e domiciliado na Rua: Antonio F. de Souza, 676, São Bento, Cidade Boa Vista, Estado Roraima, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

A. MARINÊS SOARES SANTANA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Boa Vista - RR 02/05/2017

Local e data

19 MAIO 2017

Elektrobras

Distribuição Roraima

Para contato com o
Elektrobras, informe
este número

SEU CÓDIGO

10005-3

Elektrobras Distribuição Roraima
Av. Castilho Ene Gomes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.402/0001-44 Insc. Estadual: 14.087.022-9
Atua no Brasil / Conta do Elektrobras - Série B-1
Página Especial do Imposto de Renda sob o nº SEFAZ 0001/13.

Nº do Medidor

000062899

A Vozes do Elektrobras - 10005-3
pela Lei Nº 10.438 de 16 de abril de 2002.

CONTENHES

VENCIMENTO

CONSUMO (kWh)

TOTAL A PAGAR (R\$)

FEVEREIRO/2016

11/03/2016

113

57,40

VILOR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVÃO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA

Atual	19597
Anterior	19484
Constante de Multiplicação	1,000
Consumo Medido	113
Consumo Estimado	113

DATAS DA LEITURA

Atual	23/02/2016
Anterior	25/01/2016
Próxima Leitura	23/03/2016
Exatidão	23/02/2016
Aproximado	23/02/2016

Forma de Pagamento

NORMAL

Valor de Referência

Data de Coleta

29

DADOS DA LEITURA CONSUMIDORA

Classe de Consumo

RESIDENCIAL

Ligação

81

Número Medidor

226908

Posta

N 1519443

Edição Fato

1.1.1.2

Método de Medição

279

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano consumo

JAN/16	212
FEV/15	181
MAR/15	147
ABR/15	337
MAY/15	215
JUN/15	154
JUL/15	259
AUG/15	358
SET/15	373
OUT/15	426

DESCRIÇÃO DO CONTA

CONSUMO	113 A R\$ 0,361189 =	40,81
DEVOLUÇÃO RES.	395/09 01/15-	3,16
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		19,77

TARIFA DE CANCELAMENTO

R\$ 113 - 2.205,00

MENSAGENS IMPORTANTES / RELATÓRIO DE VIGILÂNCIA

Mês/Ano
02/2016

Valor R\$
95,86

Unidade cadastrada sujeita à vigilância do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/03/2016. Caso tenha sido cancelada a vigilância, favor desconsiderar este aviso.

EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS / CASO HAJA COERÊNCIA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBY) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007039120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 21 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

A5CA J57F 49A6 1E24 4939 8410 7AE9 CB88

COMPOSIÇÃO DA COTA - R\$

IMPOSTOS/RETRIBUTOS - R\$

Distribuição 15,06
Energia 15,51
Transmissão 0,00
Encargos 2,19
Tributos 8,05

Reten de Cálculo 40,81
Alíquota ICMS 17,00X
Valor do ICMS 6,93
Valor do PIS 0,17
Valor do COFINS 0,95

INDICADORES DE CONTINUIDADE

FIC

Período Trimestral

Período da declaração

Linha 5,81 11,82 23,64 4,59 9,18 18,37 3,46
Desfido 3,27 1,00 3,27

Período da declaração 12/2015 valor 20,81

Composto FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021718

[illegible]

19 MAIO 2017
Comprovante de residencia



Declaração Circular SUSEP 445/12



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Gláucio Inácio de Souza, portador(a) do
RG nº 444.807, expedido por SSP-RR, em
14/01/15, CPF/CNPJ nº 383.051.512-04,
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Maximiliano Soares Santana do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez
da vítima M^a Fernanda Soares Cavalcante, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ 2.000,00

Documentos comprobatórios: CNH

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

19 MAIO 2017

Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Dones Antonio Batista dos Santos
RG nº 178.408, data de expedição 1/1/
Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 638.741.482-20, com
domicílio na cidade de Turamuta, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Comunidade
Indígena Enseada, centro, Pedra Branca, nº
Bairro: , declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Maria Fernanda Soares Cavalcante,
cujo o condutor era Dones Antonio Batista dos Santos.

Veículo: Caminhão

Modelo: GM - S10

Ano: 2001/2001

Placa: 3WS-8716

Chassi:

Data do Acidente: 02/05/2016

Lugar e Data: Boa Vista/RR, 25/04/17

Dones Antonio Batista dos Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Aldeide Teles, 4807 - Ass. Branca - Boa Vista/RR
Fone: (96) 8627-4180
2oficiohva@cartorioaquina.com.br

Reconheço por Verdadeira a(s) firma(s)

(VLS) DONES ANTONIO BATISTA DOS SANTOS

Do que dou fé. Boa Vista, 25 de Abril de 2017.

Daniel Antonio de Aquino Neto - Tabelião

Camila Retoz - Escrevente Autorizada

BPDO. Em testemunho da verdade.

Emolumentos: R\$ 4,00 - Fundos ASS: (100%)

19 MAIO 2017



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
Hospital da Criança Santo Antônio



Classificação de Risco Emergência		BE-Boletim de Entrada 46400	Data e Hora de Entrada 02/05/2016 11:11:25	
Prontuário 277283	Cartão SUS:	Data Nascimento 17/03/2016	Idade 0 anos e 1 meses	
Nome MARIA FERNANDA SOARES CAVALCANTE			Telefone	
Mãe MARINES SOARES ANTANA	Responsável MAE			
Endereço	Bairro COMUNIDADE CONSTANTINO	Cidade Normandia		

Altura	Peso 0.00	Frequência	Pulso 0	Temperatura 0.00	PA
--------	--------------	------------	------------	---------------------	----

Queixa Relatada na Entrada
ACIDENTE

Breve Histórico/Observações/Dados Clínicos:

Paciente sofreu acidente automobilístico em 5h da manhã. É atendida no caso da mãe e ambos sem ferimentos, com fratura de costela. Apresenta irritabilidade e choro intenso ao manipulação M.I.D.

Ex. REG. estável, pulso 4 membros, abdome flácido, inchado, com Fontanela normotensa 3x3 cm, sem hematomas aparentes. otoscopia e normal, TCC 2 seg. Membros perfunctivos. otoscopia normal. AK = MVE sem RA / ACV = for 210NF SCS - M.I.D. - Dor ao manipulação M.I.D.

Prescrição:

1. SFD, 8 x 60ml (EV) 11:15
2. Dextrose 0,1ml (EV) 11:15
3. Metformina 1,5mg (EV) 11:30
4. Aceno venoso
5. Casaca elástica
6. Exame + RX

João Paulo R. V. Godinho,
Médico
CRM-RR 1841

Lenço = 11.2
N = 60.5 +
LW = 32.17
Mon = 5.97
HIZ 9.8
HT = 28.46
PA 51/30
P/R 0,4

Documentação médica - hospitalar



Assinatura ou Carimbo de Médico



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

1º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL, TÍTULOS E DOCUMENTOS
E DE PESSOAS JURÍDICAS, PROTESTOS DE TÍTULOS

TABELIÃO - Bel. JOZIEL SILVA LOUREIRO

AV. VILLE ROY, 5623- E - CENTRO - CEP 69.301 - 000

TEL: (95) 3224-3327 - FAX: (95) 3623-1145 - CNPJ: 24.383.786/0001-31

E-mail: tabdeus1@hotmail.com

BOA VISTA - RORAIMA



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

MARIA FERNANDA SOARES CAVALCANTE

MATRÍCULA

096578 01 55 2016 1 00442 274 0182177 23

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO):

DEZESSETE DE MARÇO DE DOIS MIL E DEZESSEIS

DIA

17

MÊS

03

ANO

2016

HORA

10:20

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

Boa Vista - RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO LOCAL DE NASCIMENTO

Boa Vista / RR

SEXO

em domicílio, na Rua Antonio Ferrolira, nº676,

feminino

FILIAÇÃO

VADILSON PEREIRA CAVALCANTE e MARINÊS SOARES SANTANA .

AVÓS

PATERNOS: PAULO CAVALCANTE e NEUZA MARIA PEREIRA ; MATERNOS: IGNORADO e LINA SOARES SANTANA

GÊMEO(S)

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENSO):

VINTE E OITO DE MARÇO DE DOIS MIL E DEZESSEIS

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30-71411964-6

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

declarante o pai.

Nome do Ofício:

Cartório Loureiro

Oficial Registrador: **Joziel Silva Loureiro**

Município: **Boa Vista / RR**

End.: **Av. Ville Roy, 5623-E**

Cep: **69301-000 Fone: 95-36243050**

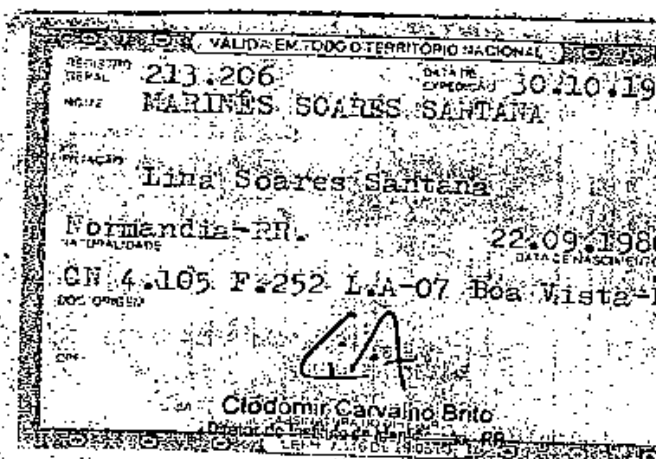
email:

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fê.
Boa Vista / RR 28 de março de 2016

Nádia Socorro Pinho Oliveira
Escrevente Autorizada

Documentos de Identificação





19 MAIO 2017

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: PJXYE G2EQW 7AP6D BHYSK

19 MAIO 2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170285009 **Cidade:** Pacaraima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA FERNANDA SOARES **Data do acidente:** 02/05/2016 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.
CAVALCANTE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: RELATÓRIO DE INTERNAÇÃO, BOLETIM CIRÚRGICO E TRATAMENTO QUANTIFICANDO A SEQUELA
Observações:

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuracao



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Marinês Soares Santana
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Professora
IDENTIDADE:	213.206 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Ferreira de Souza, n° 676

OUTORGADO

NOME:	Flair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807. SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antonio P. Galvão, n° 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Boa Vista - RR, 17/02/17

LOCAL E DATA



MARINÊS SOARES SANTANA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Anacleto Teves, 4307 - Ass. Benetton - Boa Vista - RR
Fone: (161) 3627-1186

Reconheço por Verdadeira a(s) firma(s)

(161) DANIEL AQUINO

Do que dou fé, Boa Vista, 17 de Fevereiro de 2017.

— Daniel Antonio de Aquino Neto, Tabelião
— Lúcio Ricardo Queiroz Paes, Substituto,
MBN. Em testemunho da Verdade.

Emolumentos: R\$ 1,55 - Selos 5715000

Marilene Mota Diniz
Escritório Autorizada

19 MAIO 2017