

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:
2986319220210223095229

Processo 0802392-96.2021.8.23.0010 - (20 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - 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"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág.  1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 9	23/02/2021 09:52:29	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
9.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2784759CONTESTACAO01.pdf Público 9.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2784759CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KIT SEGURADORA LDER.pdf Público					
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA) em 18/02/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (04/02/2021) e ao evento de expedição seq. 7.					
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (04/02/2021)					
<input type="checkbox"/> 8	16/02/2021 00:01:29	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado		
<input type="checkbox"/> 7	05/02/2021 17:32:42	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 6	04/02/2021 18:42:42	RECEBIDOS OS AUTOS	RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário		
<input type="checkbox"/> 5	02/02/2021 14:57:28	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 4	02/02/2021 14:57:28	Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 3	02/02/2021 14:57:28	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 2	02/02/2021 14:57:28	3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 1	02/02/2021 14:57:27	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado		

09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

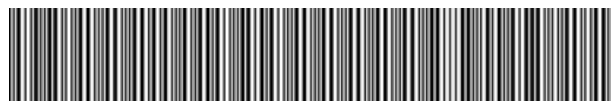


RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF.

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 William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 , 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Gleyson Silva de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 740.710.922 20
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gleyson Silva de O
inscrito (a) no CPF sob o Nº 740.710.922 , 20 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 CC 11</u>	Número:	<u>294</u>	Complemento:
Bairro:	<u>laura moreira</u>	Cidade:	<u>RR</u>	Estado:
E-mail:	<u>WFranco 992@gmail.com</u>			CEP:
				Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 03 de Setembro de 2022

William Gonçalves
Assinatura do Declarante



Guia de Atendimento 17

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA

1^ª Classificação Reclassificação
VERDE Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

200075/001 23/04/2020 19:27:08 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA NOTURNO 19- 47

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF ⁰⁷	Prontuário			
GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA	06/04/1984	36 A 0 M 17 D		74071092220				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	192371	SSP-RR		M		PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe				Pai			Contato	
VERONEIDE SILVA DE OLIVEIRA				SEBASTIAO BAIA DE OLIVEIRA			(95) 99114-2041	Ocupação
Endereço								NÃO INFORMADA
RUA - JOAQUIM RIBEIRO PERES - 453 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA					110 x 71		
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.					
RECEPÇÃO SPA / URG / E	DEMANDA ESPONTANEA							
Registrado por:								
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
DOR NO BRAÇO								

Anamnese de Enfermagem

Vaca Alena
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

GSC TOTAL
AO: 1.234 RV: 1.2345 MRV: 1.23456

Bande de comissão h = 2 dias
Tremor em pulso 0°

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Tremor
SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Fusca</i>		
<i>ORTOPEDIA paciente retraç. angular da coluna lombosacra</i> <i>Há +/- 1 síntoma, com consequente tremor contuso a</i> <i>no pulso 0°.</i>		
<i>Ex: Gravida de radio distal direito com crise</i> <i>moto e dor no pulsar.</i>		

Conduta

<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 Revelia	<input type="checkbox"/> Internação
<input type="checkbox"/> Transferência para:	Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito
Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

A CO - TENTATIVA DE ASPIRADO
EX - REAGIRÁ RESISTIRÁ

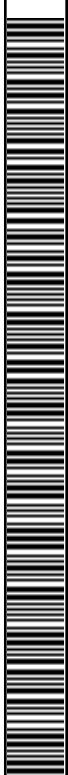
Impresso por: *Administrador Carvalho*
Data: *23/04/2020 19:27:15*

CONFIRMADO

Em 21/08/2020

Ass: Maia Ferreira

Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Gleyson Silva De Oliveira [8190-36ANOS]
Study: 23/04/20 - 19:32 (1)_Membros Superiores PUNHO PA





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/09/84

9 - SEXO

Male

Fem.

10 - RACIOCOR

11 - NOME DA MÃE

Maria

X 1

3

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Foram referidos raios X no Ponto ① Há +/- 1 semana (2 semanas).

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

História clínica, exame físico, RX.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura em Ponto ①, RX com fratura.

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

reduzir Fratura 6980, RX com fratura

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

15/04/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL

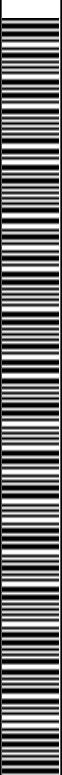
Em 21 / 08 / 2020

Ass.: *Manoel Ferreira*



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717	DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016
NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO	
FILIAÇÃO	
GERALDO ROCHA FRANCO	
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO	
NATURALIDADE	
SANTA INÉS - MA	
DOC. ORIGEM CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35 2 OF BOA VISTA - RR	
825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI Perito Forense/Cientista da Policia Civil Médico do Rio	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6CT LCZF7 QYFT8 WSWGU

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CÓD. RENAVAM - ANTRC - EXERCÍCIO
01 01103714268

NOME: SEBASTIÃO DAIA DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ: 149.153.522-34 PLACA: PR-NAV2987

PLACA ANT / UF: PE CHASSI: 9E2KIC2500HP010716

ESPECIE TIPO: COMBUSTÍVEL: GÁSOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 160 START ANO FAB: 2010 ANO MFG: 2017

CAP / POT / CL: 2P/01620L CATEGORIA: P1/T1/CU COR PREDOMINANTE: VERNELHA

I P V A TE PAGO COTA UNICA

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOP (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
R\$36,05 R\$4,01 R\$40,06 07/12/2019

OBSERVAÇÕES:
AL. PID, Banco Honda, D... DIR CAIR DA
AMAZONIA CIDADE
João Gomes Braga
Dir. do Presidente
TRAN-RR
LOCAL: DATA: 05/12/2019
DIA: VISITA-RR

SEGURADORALIDER.COM.BR
RR Nº 014247063401 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019 EXERCÍCIO — DATA DE VENCIMENTO
01103714268 MARCA / MODELO
HONDA/CG 160 START N° CHASSI
9E2KIC2500HP010716

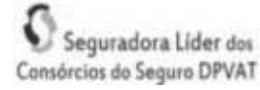
PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO
R\$36,05	R\$4,01	R\$40,06
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOP (R\$)
R\$4,13		R\$0,32
PAGAMENTO:		DATA DE QUITANÇA
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	02/12/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.508/0001-04



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259772/20

Vítima: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

CPF: 740.710.922-20

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

GEYSON SILVA DE OLIVEIRA : 740.710.922-20

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: 15/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200329885 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA Data do acidente: 23/04/2020 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO E URNA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Gleyson Silveira de Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Estudante RG: 19237155P-RR
CPF: 740.710.929-20 ENDEREÇO: R. Jerônimo Guerra 260
BAIRRO: Centro Ribeirão CIDADE: Ribeirão Preto
CEP 14.318-748

VÍTIMA: Gleyson Silveira de Oliveira
CPF: 740.710.929-20 DATA DO ACIDENTE: 20-02-20
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA :

NOME: Williana Gonçalves França
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Autônomo ÓRGÃO EMISSOR: SESP-RR
Nº DO RG: 239717
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº CPF: 825.396.343-50
ENDEREÇO: Rua cc 11 295 Louro Leitão

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalides, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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.

Bauru, 08 de Maio de 2020

GLEYSON SILVEIRA DE OLIVEIRA
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259772/20

Número do Sinistro: 3200329885

Vítima: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

CPF: 740.710.922-20

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 16/10/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259772/20

Vítima: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

CPF: 740.710.922-20

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA : 740.710.922-20

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: 15/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259772/20

Número do Sinistro: 3200329885

Vítima: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

CPF: 740.710.922-20

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 16/10/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462768

Vítima: ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

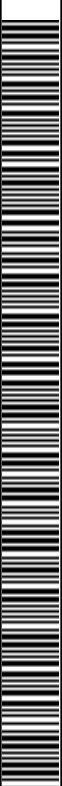
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14678413





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, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200329885

Vítima: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16137092





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, 21 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200329885

Vítima: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
Gleyson Silva de Oliveira

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

autônomo

11 - Bairro:

Auron Rocha

15 - E-mail:

8 - Endereço:

R. Gav. José Silveira Guirro

12 - Cidade:

Boa Vista

6 - CPF:

740.710.922-20

9 - Número:

160

10 - Complemento:

RR

14 - CEP:

69318-748

16 - Tel (DDDI):

99113-3855

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *0653*

CONTA: *000.56086*

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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 AUÉNCIA 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 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

nascer

(nai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

país/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, *Boa Vista - RR 02 de Agosto de 2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Gleyson Silva de Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR
ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência N°: 10356/2020 - Registrado em: 04/09/2020 às 00h 14min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 23/04/2020 às 19h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: RUA

Nº. S/N

CEP:

Bairro: DOUTOR AIRTON ROCHA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA(36), nascido(a) em 06/04/1984, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de DESEMPREGADO, CPF N° 740.710.922-20, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de VERONEIDE SILVA DE OLIVEIRA e , endereço: RUA GOVERNADOR JEROCILIO GUEIROS, Nº: 160, bairro: DOUTOR AIRTON ROCHA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99114-2041.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO 160CC, COR VERMELHA DE PLACA NAV-2987

RELATO DA OCORRÊNCIA

AO COMPARÉCER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE: NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA ESTAVA CONDUZINDO MINHA MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO 160CC, COR VERMELHA DE PLACA NAV-2987 PELA RUA GOVERNADOR JEROCILIO GUEIROS NO BAIRRO: DR. AYRTON ROCHA MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR, CEP:69318748, QUANDO DE SURPRESA UM CACHORRO CRUZA A FREnte DA MINHA MOTOCICLETA, AO ATINGIR O ANIMAL E FUI ARREMESSADO AO SOLO, SOFRENDO DIVERSAS LESÕES, QUE DE IMEDIATO FUI AO HGR PARA SER SOCORRIDO. AFIRMO QUE A PRESENTE DECLARAÇÃO QUE DEI ORIGEM TRATA-SE DE INTEIRA VERACIDADE PODENDO RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO (ART. 339 E 340 DO CPB)

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA
COMUNICANTE

Fls: 1
Visto:



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00031215/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/10/2020 14:34:36 Data/Hora Fim: 13/10/2020 14:49:56
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 23/04/2020 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Dr. Airton Rocha (Pérola do Rio Branco)

Logradouro: Rua governador Jerocílio Gueiros

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE)	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino
Profissão: Empresário	Nasc: 06/04/1984 Idade 36
Estado Civil: Casado(a)	Escolaridade: Ensino Médio Completo
Nome da Mãe: VERONEIDE SILVA DE OLIVEIRA	Naturalidade: Boa Vista - RR
	Nome do Pai: SEBASTIAO BAIA DE OLIVEIRA

Documento(s)

RG: 192371

CPF: 740.710.922-20

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R Gov Jerocílio Gueiros

Nº: 160

Complemento: CASA

Bairro: Dr. Airton Rocha (Pérola do Rio Branco)

CEP: 69.318-748

Telefone: (95) 99114-2041 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 149.968.632-34	Placa NAV2987
Renavam 01103714268	Número do Motor KC25E0H010737
Número do Chassi 9C2KC2500HR010716	Ano/Modelo Fabricação 2017/2016
Cor VERMELHA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 START
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 13/08/2020	Situação do Veículo ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS



FIs: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00031215/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99114-2041, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: QUE no dia 23/04/2020, por volta das 19H:00min da noite, o comunicante conduzia sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo CG 160 START, cor vermelha de placa NAV-2987; QUE trafegava na rua governador Jerocílio Gueiros no bairro: Dr. Ailton Rocha/RR; QUE nesse momento um cachorro, saiu de surpresa para o meio da rua; QUE o comunicante não consegue frear sua motocicleta a tempo e acaba atingindo o animal; QUE o comunicante é arremessado de sua motocicleta, sofrendo diversas fraturas; QUE mesmo fraturado o comunicante conseguiu retornar para sua motocicleta e conduzir até Hospital Cosme e Silva, onde foi realizado os devidos procedimentos médicos (Documentação médica em anexo)

QUE o comunicante externa que somente registrou esse B.O na data de hoje (13/10/2020) para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza
Chefe de Seção
Matrícula 020116684
Responsável pelo Atendimento

GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA
Vítima, Comunicante

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
Gleyson Silva de Oliveira

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

autônomo

11 - Bairro:

Auron Rocha

15 - E-mail:

8 - Endereço:

R. Gau Proelio Guixos

12 - Cidade:

Boa Vista

6 - CPF:

740.710.922-20

9 - Número:

160

10 - Complemento:

RR

14 - CEP:

69318-748

16 - Tel (DDDI):

99113-3855

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 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: *0653*

CONTA: *000.56086*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 AUÉNCIA 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 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

nascer (não 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, *Boa Vista - RR 02 de Agosto de 2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Gleyson Silva de Oliveira*

43 - Assinatura do Procurador (se houver) *William Gonçalves*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

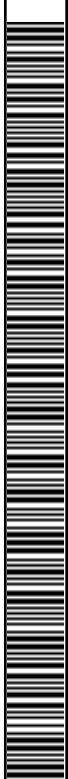
CLIENTE: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000056086-6

Nr. da Autenticação 7230A3E13F36C715



RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitalista Erasmo Góes, 661 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.345.470/0001-84 - Insc. Estadual: 24.007.322-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série E-1
Receita Federal de Impostos autorizada pelo SEFAZ/RR/01

Para contato com
Roraima Energia,
informe este NÚMERO: **0165899-9**

Nº da Nota Fiscal: **4745802**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEB foi criada
pela Lei nº 10.438 em 29 de dezembro de 2002. **FCAMP**

CONTA MÊS	DATA DE VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2020	01/04/2020	288	220,82
GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA R. GOV JEROCILIO GUEIROS 1600 - DR. AIRTON ROCHA CEP: 69.318-746 - BOA VISTA		CPF: 00074071892220	

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	288	Atual:	25-03-2020	Grupo/Subgrupo:	RESIDENCIAL
Anterior:	288	Anterior:	25-02-2020	Cidade/Subcidade:	BIFÉIOR
Dias de consumo:	00	Próxima Leitura:	25-04-2020	Número Medidor:	11631141
Demarcação de Multimepção:	1000	Emissão:	25-03-2020	Forma de Faturamento:	VALOR
Consumo medido:	288	Apresentação:	09-03-2020	Motivação:	
Consumo faturado:	288				

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	288 A R\$ 0,764425 =	220,15
CORREÇÃO MONETÁRIA 16.02/20-00		0,01
MULTA POR ATRASO 02/20-00		0,63
JUROS DE MORA DE IMPÓ 02/20-00		0,03
ILLUMINACAO PÚBLICA		

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDIDAÇÃ	
Tributos Sobre o Consumo C.F. 100 - 6.000,00		Média de 2 meses:	
		MAIO/19	ABR/19
		MAI/19	MAI/19
		JUN/19	JUN/19
		AUG/19	AUG/19
		SET/19	SET/19
		OUT/19	OUT/19
		NOV/19	NOV/19
		DEZ/19	FEV/20
		DAN/20	MAR/20
			288

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)		IMPUESTOS Y DEDUCCIONES (R\$)	
Energia:	220,15	Base de Cálculo:	220,15
Distribuição:	11,94	ICMS:	27,42
Transmissão:	32,14	PIS:	2,95
	3,00	COFINS:	2,95
			2,95

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
Límite	Media	Variação	Media	Variação	Media	Variação	Media	Variação	Media
0,09	0,00	0,00	0,08	0,00	0,02	0,05	0,00	0,00	0,00
0,00			0,00		0,00		0,00		0,00

FORESTA | Período de apuração: 01/2020 | Valor: 0,00