



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

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200313028** Vítima: JOSE LEONIDAS PEREIRA

Data do Acidente: 26/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

## **Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE LEONIDAS PEREIRA**

Informamos que o m

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%  
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JOSE LEONIDAS PEREIRA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000970573545-5

Tipo: **CONTA POUPANCA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

## PROCURAÇÃO

Eu, José Leonidas Pereira, portador (a) da  
brasileiro (a), sólido, solteiro, portador (a) da  
cédula de identidade RG nº 167312, inscrito (a) no CPF sob o  
nº 977.125.591-04, residente e domiciliado (a) na  
Rua Brasil, nº 516, Bairro  
Bairro Novo, CEP 69.390-000, telefone nº 99139.9894  
Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração,  
nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro,  
solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à  
Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725,  
Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para  
Através do presente instrumento particular de mandato, O  
**OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o  
**OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao  
bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em  
geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo  
Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar  
compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a  
procedência do pedido, receber intimações, receber e dar  
quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas  
Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração  
pública direta e indireta, praticar quaisquer atos prante  
particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias  
e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando  
tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial**  
**de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA**  
**LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 23 de Novembro de 2020.

José Leonidas Pereira  
OUTORGANTE.



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: PJDMRD XP84M K3LDJ 92MCA





## NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023421/2020

#### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/08/2020 01:22:26 Data/Hora Fim: 13/08/2020 01:22:26

Origem: Polícia Judiciária Nº do Documento: 8753/2020 Data: 12/08/2020

Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

#### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Polícia de Cantá

Data/Hora do Fato: 26/04/2020 13:30

#### Local do Fato

Município: Cantá (RR)

Bairro: BAIRRO NOVO

Logradouro: VIA RURAL

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

#### ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO , SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: JOSE LEONIDAS PEREIRA (CONDUTOR , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 10/05/1962 Idade 58

Profissão: Não Informado

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Porto Velho - RO

Nome da Mãe: Francisca Pereira do Nascimento

#### Documento(s)

CPF: 277.125.591-04

#### Endereço

Município: Cantá - RR

Logradouro: VIA RURAL

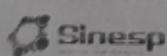
Nº: S/N

Bairro: BAIRRO NOVO

Telefone: (95) 99139-9894 (Celular)

#### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTO	Veículo Adulterado? Não
Situação Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição HILUX	CPF/CNPJ do Proprietário 277.125.591-04
Placa NAK6265	Renavam 00782313159



Impresso por: Meire Moura da Silva

Data de Impressão: 09/09/2020 15:08:36

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





**POLÍCIA CIVIL  
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00023421/2020

**Número do Motor** 5L-5166876

**Número do Chassi** 8AJ33LNL529402966

**Ano/Modelo Fabricação** 2002/2002

**Cor** PRATA

**UF Veículo** RR

**Município Veículo** Boa Vista

**Marca/Modelo** I/TOYOTA HILUX 4CDL SR

**Veículo Adulterado?** Não

**Situação** Envolvido

**Última Atualização Denatran** 09/06/2020

**Situação do Veículo** RENAINF

**Nome Envolvido**

**Envolvimentos**

Jose Leonidas Pereira

Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**

COMPARECER 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 JOSÉ LEÔNIDAS PEREIRA, ESTAVA CONDUZINDO MEU AUTOMÓVEL PARTICULAR, MODELO HILUX, ANO 2002 DE PLACA NAK-6265, PELA BR 432, RESPONSÁVEL POR INTERLIGAR OS MUNICÍPIOS DE CANTÁ E BOA VISTA/RR; QUE ESTAVA RETORNANDO PARA BOA VISTA/RR, QUANDO APROXIMADAMENTE PERTO DO BALNEÁRIO SACOLEJO, AO ESTACIONAR NO ENCOSTAMENTO PARA CONFERIR A CARGA, UMA MOTO PERDEU A DIREÇÃO DEVIDO AO PNEU QUE ESTOUROU E VEIO COLIDIR CONTRA MIM (CONDUTOR DESCONHECIDO), ARREMESSANDO-ME CONTRA O MEU AUTOMÓVEL ACIMA CITADO, ASSIM OCASIONANDO A FRATURA DO AO MEU JOELHO ESQUERDO. DEVIDO À DEMORA DO RESGATE, MEU FILHO LEVOU-ME AO PRONTO SOCORRO, POIS ESTAVA COM MUITA DOR. 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)

**ASSINATURAS**

Ronaldo Luiz de Souza

Jose Leonidas Pereira

Agente de Polícia Civil Especial

Condutor, Communicante

Matrícula 0710354

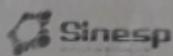
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinaladas 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."

**AUTENTICAÇÃO**

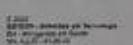
Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.

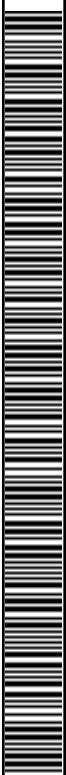
Boa Vista, 09 de Setembro de 2020  
Assinatura



Impresso por: Meire Moura da Silva  
Data de Impressão: 09/09/2020 15:08:36

Página 2 de 2  
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Av. Brigadeiro Eduardo Gómes, 3308		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	DIURNO 07-19	23														
2001238185	26/04/2020 15:27:21	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	CPF	Prontuário														
Paciente <b>JOSE LEONIDAS PEREIRA</b>		Data Nascimento <b>10/05/1962</b>	Idade <b>57 A 11 M 16 D</b>	CNS																
Identidade <b>167312</b>	Documento <b>IDENTIDADE</b>	Órgão Emissor <b>BRASILEIRA</b>	Sexo <b>M</b>	Estado Civil <b>PARDA</b>	Naturalidade	Nacionalidade <b>BRASILEIRA</b>														
Mãe <b>FRANCISCA PEREIRA DO NASCIMENTO</b>			Pai <b>NI</b>		Contato <b>(95) 99139-9894</b>	Ocupação <b>NÃO INFORMADA</b>														
Endereço <b>- CANTAZINHO (CHACARAS) - SN - CANTA - RR</b>																				
Class. de Risco <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal															
Motivo do Atendimento <b>COLISAO ENTRE VEICUL</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão														
Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>TRANSPORTADO POR TER</b>		Procedimento Sol.			Registrado por: <b>DAL</b>														
Queixa Principal <b>#Lixíngica</b>	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>9 comorbidades Alergia: Diclofenaco</i>																			
Anamnese de Enfermagem	<table border="1"> <tr> <td>GSC</td> <td>TOTAL</td> </tr> <tr> <td>AO: 1234 RV: 12345</td> <td>015</td> </tr> </table>						GSC	TOTAL	AO: 1234 RV: 12345	015										
GSC	TOTAL																			
AO: 1234 RV: 12345	015																			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) <i>Paciente relata dor em MIE (joelho) e reação moximial de perna) e impossibilidade de imobilização do membro após acidente nesta tarde, ao ser impactado por motociclista em paraboga de seu próprio lado. No ato queixas algicais em outras regiões anatômicas.</i>																				
Exame Físico <i>BFG, LOTE, AAA, supraco em aa, corado, hidratado</i>																				
Hipótese Diagnóstica <i>MIE; equimose e edema</i>																				
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 <i>① Dipironona 2g EV aqsoz 176</i>				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO															
<i>② Ra: Rx fibula</i>																				
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedia</i>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Av. Brdg. Eduardo Gómez</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nº 1234 - Centro - RO - 66062-000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A - FENTIL - 100</td> </tr> <tr> <td colspan="2">18 JUN 2020</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Certifico que a cópia é fiel reprodução original</td> </tr> <tr> <td colspan="2">que foi apresentado neste Hospital</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : / : /</p>						HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Av. Brdg. Eduardo Gómez		Nº 1234 - Centro - RO - 66062-000		A - FENTIL - 100		18 JUN 2020		Certifico que a cópia é fiel reprodução original		que foi apresentado neste Hospital	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																				
Av. Brdg. Eduardo Gómez																				
Nº 1234 - Centro - RO - 66062-000																				
A - FENTIL - 100																				
18 JUN 2020																				
Certifico que a cópia é fiel reprodução original																				
que foi apresentado neste Hospital																				
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: dal Data/Hora: 26/04/2020 15:29:20 				<i>Thais S. J. Ferreira</i> Medica CRM-RR 2061																





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: PJ6N5 T3MRV 8CHX7 PU633



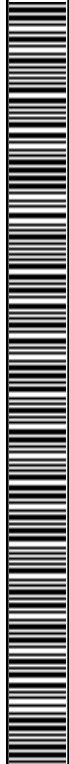


Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJG6N5 T3MRV 8CHX7 PU633



MAIO/2020	01/06/2020	CONSUMO	TOTAL A PAGAR						
JOSE LEONIDAS PEREIRA		314	186,02						
ET ET CANTARZINHO S/N – RURAL			CPF: 00027712559104						
CEP: 69.390-000 - CANTA									
DADOS DA LEITURA (KWH)		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA							
Atual:	1330	Atual:	14/02/2020						
Anterior:	15065	Anterior:	15/04/2020						
Dias de consumo:	29	Próxima leitura:	14/06/2020						
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	13/05/2020						
Consumo medido:	314	Apresentação:	14/05/2020						
Consumo faturado:	314								
DESCRICAÇÃO DA CONTA									
CONSUMO 314 A R\$ 0,572767 = 179,84									
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 04/20-00 0,59									
MULTA POR ATRASO (2X) 4,43									
JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 1,16									
TABELA DE TARIFAS		HISTÓRICO DE FEDERAÇÃO							
TARIFA SEM TRIBUTOS: 6 A 314 - 0,463580		Mai/19 167							
		Jun/19 166							
		Jul/19 161							
		Ago/19 235							
		Set/19 248							
		Out/19 256							
		Nov/19 116							
		Dez/19 198							
		Jan/20 179							
		Fev/20 163							
		Mar/20 231							
		Abr/20 314							
Média 12 meses: 171		Mai/20							
<p>Declaramos que todos débitos desta UC no ano de 2019 (Lei 12087/09), LIGUE 08008709128 E FAÇA O SEU VENCIMENTO 16/11/17 21/26. Parabéns! Até o dia 13/05/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.</p>									
<p><b>MENSAGENS IMPORTANTES</b></p> <p><b>REAVISO DE VENCIMENTO</b></p>									
RESERVADO AO FISCO 447A.6001.865 6A01.C171.B147.1970.CACF									
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS / CONTRIBUIÇÕES - R\$							
Energia:	99,64	Encargos:	5,58						
Outros:	43,21	Tributos:	32,41						
Transmissão:	8,00	Base de Cálculo:	179,84						
		ICMS:	17,80%						
		PIS:	0,17%						
		COFINS:	0,05%						
		ALÍQUOTA	VALOR						
			38,57						
			0,31						
			1,53						
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
Anterior	Referência	Acum.	Mês	Último	Trimestral	Anual	Mês	Último	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0,00									
Conjunto									
Período de suspensão: 03/2020				EUSO:	0,00				
ROT: 107.031.07.70.186058				SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$				
				0600694-9	186,02				
				MÊS FATURADO	VENCIMENTO				
				05/2020	01/06/2020				
				Nº da Nota Fiscal:	5182548	FCAM*			
				83600000001 5 86020075000 5 00000000600 7 69490520008 5					

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: PJ88H GBWTL P99WL 7MWMB



## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, José Lumenidas Pereira, brasileiro  
(a), urottino agricultor, portador (a) do RG nº  
167312, inscrito (a) no CPF sob o nº277.125.591-04 residente e  
domiciliado (a) na Vila rural, nº511, Bairro  
Bairro novo, Boa Vista-RR, CEP69.390-000, telefone  
nº (95)99139-8894, DECLARA não ter condições de arcar com  
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo  
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.  
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na  
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 23 de março de 2020.

José Lumenidas Pereira  
**DECLARANTE**