

## 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:**  
2983475720210219173700

### Processo 0802490-81.2021.8.23.0010 - (16 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)												
<b>Realces</b> 																	
<b>Realçar Movimentos de:</b> <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 <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																	
<b>Filtros</b> 																	
<b>Movimentado Por:</b> <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 <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="checkbox"/> ao <input type="checkbox"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="checkbox"/> à <input type="checkbox"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>																	
11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11																	
500 por pág.  1																	
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por														
<input type="checkbox"/> 11	19/02/2021 17:37:00	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">11.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 40%;">Ass.: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 40%; text-align: right;"> 2784778CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 10%; text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>11.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> 2784778CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> </table>						11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	 2784778CONTESTACAO01.pdf	Público	11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	 2784778CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público	11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	 2784778CONTESTACAO01.pdf	Público														
11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	 2784778CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público														
11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público														
<b>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA</b> 10 15/02/2021 09:32:13 Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 18/02/2021 referente ao evento de expedição seq. 9.																	
<b>EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE</b> 9 12/02/2021 15:21:35 Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis																	
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> 8 09/02/2021 16:38:06 (Pelo advogado/curador/defensor de LUIS GUILHERMO JESUS RODRIGUE MAITA) em 09/02/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2021) e ao evento de expedição seq. 7.																	
<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> 7 04/02/2021 19:58:50 Para advogados/curador/defensor de LUIS GUILHERMO JESUS RODRIGUE MAITA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2021)																	
<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b> 6 03/02/2021 15:03:39																	
<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b> 5 03/02/2021 11:51:10																	
<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b> 4 03/02/2021 11:51:09																	
<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> 3 03/02/2021 11:51:09 Registro de Distribuição																	
<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 2 03/02/2021 11:51:09 1ª Vara Cível																	
<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b> 1 03/02/2021 11:51:09																	

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000031540-6

---

---

Autenticação:

8D6815C71EE0F4621F0473A2E9F4F0F391B03FBD09D103A745EF28BFAA53D5C1



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200390312      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIS GUILLERMO JESUS      **Data do acidente:** 01/06/2020      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A  
RODRIGUEZ MAITA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÉMUR E TÍBIA ESQUERDA. P.2/4

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 MODERADO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

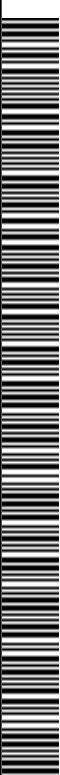
**Documentos complementares:**

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>





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, 15 de Novembro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200390312**

**Vítima: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA**

**Data do Acidente: 01/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA**

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

**Recebedor: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 341**

**Agência: 000008526**

**Conta: 0000031540-6**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 709.161.672-32 Luis Guillermo Jesus R. Mait

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Luis Guillermo Jesus Rodrigues Maito 6 - CPF: 709.161.672-32  
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rue das Beirias 9 - Número: 198 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Bde Setim Bto 12 - Cidade: Bca Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.308-070  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

### 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:

REUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 315210 6  
(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (nove) 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: Minas Gerais  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo  Data da morte: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (veio 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 Lider 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)

40 - Local e Data, *Bca Vista, RR 19 de outubro*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Fls: 1

Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00031244/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/10/2020 15:49:21 Data/Hora Fim: 13/10/2020 16:10:20  
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 01/06/2020 07:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: São Vicente

Logradouro: Av. Surumu

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1224: DEIXAR O CONDUTOR DO VEÍCULO, EM ACIDENTE, DE PRESTAR IMEDIATO SOCORRO À VÍTIMA, OU, DEIXAR DE SOLICITAR AUXÍLIO DA AUTORIDADE PÚBLICA (ART. 304 DA LEI 9.503/1997 - CTB )	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Masculino Nasc: 11/05/1999 Idade: 21

Profissão: Empresário

Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Puerto la Cruz

Nome da Mãe: Danubis Lismar Maita de Rodriguez

Nome do Pai: Carlos Guillermo Rodriguez Vargas

Documento(s)

CPF: 709.161.672-32

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 198 AP 01

Logradouro: R dos Buritis

CEP: 69.308-070

Bairro: Treza de Setembro

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) EN VOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Descrição: Não identificado pela vítima

Veículo Adulterado? Não

Situação: Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99113-3855 entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: QUE no dia 01/06/2020, por volta das 07h:00min da manhã, o comunicante saiu de sua residência situada no bairro 13 de setembro em direção ao seu local de trabalho e estava



Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza

Data de Impressão: 13/10/2020 16:11:56

Fls: 2  
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00031244/2020

conduzindo sua bicicleta; QUE o comunicante trafegava pela Av. Surumu, no bairro: São Vicente/BV/RR, e ao chegar no cruzamento da Av. Benjamin Constant, um veículo automotor, vindo em alta velocidade, não deu sinal para adentrar em outra avenida, nesse momento ele adentra bruscamente na avenida que o comunicante estava e atingi-o pelo lado esquerdo; QUE o comunicante é arremessado juntamente com sua bicicleta, e perde a lucidez por alguns minutos; QUE ao recobrar a consciência percebe que havia alguns transeuntes em volta e a emergência já estava no local realizando os procedimentos médicos no comunicante; QUE o condutor do veículo havia evadido do local sem prestar socorro ou assistência ao comunicante; QUE ao chegar no Hospital Geral de Roraima o comunicante passou por diversas cirurgias e tratamentos médicos para que voltasse a sua vida normal, que teve sequelas permanentes em seus membros esquerdos (perna e braço); QUE PERGUNTADO para o comunicante se ele consegue identificar o condutor do veículo automotor ou o veículo que estava conduzindo, RESPONDEU: QUE NÃO sabe informar características do veículo ou do condutor que atingiu-lhe. (Documentação médica em Anexo)

QUE o comunicante externa que somente registrou esse B.O na data de hoje (13/10/2020) devido o tempo de seu tratamento e 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

Luis Guillermo Jesus Rodriguez Maita

Vítima, Comunicante

Declaro para os devidos fins de direito que sou (o) (a) responsável pelas informações acima inseridas e ciente que podem 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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 709.161.672-32 4 - Nome completo da vítima: Luis Guillermo Jesus R. Mait

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Luis Guillermo Jesus Rodrigues Mait 6 - CPF: 709.161.672-32  
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua das Beirias 9 - Número: 198 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Bde Setim Bco 12 - Cidade: Bca Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.308-070  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

### 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:

REUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 315210 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (nove) 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: Minas Gerais  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo  Data da morte: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34  
Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data, *Bca Vista RR 19 de outubro*  
*x Luis Rodriguez*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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



VALDECI

CHEGOU SUA FATURA DA OI.  
Acesse [www.oi.com.br/MinhaOi](http://www.oi.com.br/MinhaOi)

MAI/2020

CÓDIGO MINHA OI  
402030449119

02/06/2020

Emissão em 15/05/2020  
Período de 01/05/2020 a 13/05/2020

PRIMAR (P)

23,97



Bbbbbbllllllllllllllllllllllllllll

CEP BOA VISTA RR  
VALDECI MIRANDA DA SILVA  
RUA DOS BURITIS 198 AP 1  
TREZE DE SETEMBRO  
69308-070 - BOA VISTA - RR



7213512620 28274 00005068516 30 200520

AD: 92705375

**PRECISA DE AJUDA?  
FALE COM A JOICE  
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.

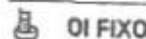


Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

## SERVIÇOS UTILIZADOS

## OI TOTAL

23,97



## TOTAL DE MENSALIDADES

23,97

## TOTAL DA SUA FATURA

23,97

VALDECI MIRANDA DA SILVA

CPF: 169.910.012-87

NÚMERO DO CLIENTE: 2016171637

NÚMERO DA FATURA: 440430282

Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 402030449119

**CÓDIGO MINHA OI  
402030449119**

[www.oi.com.br/MinhaOi](http://www.oi.com.br/MinhaOi)

Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

## ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses

Maio 2020

23,97

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata dia. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias. Suspensão Total: Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura da sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.

CLIENTE  
VALDECI MIRANDA DA SILVA

FATURA DE  
MAI/2020

VENCIMENTO  
02/06/2020

VALOR  
23,97

DÉBITO AUTOMÁTICO  
**402030449119**

OI MÓVEL S.A.  
S/ Setor Comercial Norte 21/2 - Asa  
Norte  
Brasília - DF - CEP: 70770900  
CNPJ: 05.423.969/0001-11  
Inscrição Estadual: 07.441.356/001-93  
Inscrição Municipal: 892.381-0

OI MÓVEL S.A.  
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 190 -  
Centro  
Belo Horizonte - MG - CEP: 30300100  
CNPJ: 05.423.969/0001-26  
Inscrição Estadual: 07.441.356/001-93  
Inscrição Municipal: 892.381-0

84690000000-7 23970113201-5 61716370440-7 43028200100-6



B - 19/02/2021 - 14:20:00 - OI Móvel S.A. - 000398 AD027 - OI ALIVE, V - H328030, E - H328030, 3 - UNI - 20000 - 00000 - 00000  
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi> - Identificador: PJ5ZM.FHMAL.EEJ4J.Y3SWD

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

### 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



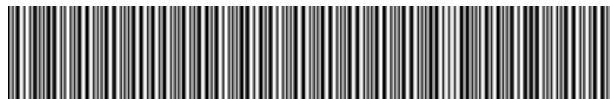
## RORAIMA ENERGIA

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

IE: 240070223

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

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](http://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 SUSEP<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E BESSEGURADO. <sup>2</sup> 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 França  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.393-80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Luis Guilherme Jesus Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.161.672-32  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Luis Guilherme Jesus Rodrigues  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.161.672-32 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 Lider-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>Baía Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.318-050</u>	
E-mail:	<u>Wfranca2992@gmail.com</u>						Tel.(DDD):	<u>99113-3855</u>

Local e Data: Baía Vista RR 14 de outubro de 2020

William Gonçalves França  
Assinatura do Declarante

LUIS GUILHERMO JESUS RODRIGUES  
MAITA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

codigo 2001246804

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente	luis Guillermo Jesus Rodrigues Maita	Data Nascimento	1999	DN	H/05/1999
Documento	RG	Órgão Emissor	UFSC		
		Data Emissão			
		Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Mês	Daneubis	lismar	Ubaita de Rodrigues	Pal	Resgate
Endereço	H H H Rua: Adalfo Ritter 189 / BURITIS				
Class. de Risco	Piano Comum	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Ss. Frenar
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Setor	Cartório do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
	URGÊNCIA				Pressão
	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.	Registrado por:	
Queixa Principal	"acidente de bicicleta - moto"				
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1230 RV: 1230 MRV: 123456 TOTAL 15				

Anamnese - (HORA DA CONSULTA):  
Paciente trazido pelos Bombeiros, em prancha rígida e com colar cervical. A Vias aéreas permitem, verbalizar (B) UVG, SRA, Tôrax cruento (C) Abdome flácido, indolor à palpação, sem sangramentos ativos (D) ECG 15, sem déficits neurológicos.

Hipótese Diagnóstica: (E) Immobilização em NIE, exangue em HSD

SADT - Exames Complementares

RAIO-X  ULTRASON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

PREScrição:  
TE abdome: ausência de líquido livre em abdome, ausência de pneumoperitoneo. Aparentemente ausência de lesão de órgãos viscerais.  
TE tórax: Ausência de hemotorax e pneumotorax.

Paciente estável hemodinamicamente.

Conduta

- Alta por Decisão Médica  
 Alta a Pedido  
 Alta a Revisão  
 Transferência para:

- Ambulatório  
 Observação (Até 24h)  
 Internação  
Data e Hora da Saida/Alta:

Óbito:

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não

Destino:  Falecido

IM. Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

JOAQUIM ALFREDO ALVES DA SILVA

Dr. Bider Soares  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RR 1228/RP

Carimbo e Assinatura do Médico

Thais S. L. Ferreira  
Médica  
CRM-RR 2061





BOLETIM OPERATÓRIO

Secos C. J. R. Maia

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 05/02/20

O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frx femur (E) + tibio (E)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Fixador externo em femur E e tibio (E)

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Leonardo

1º auxiliar: MA

2º auxiliar: Marcos A R 3

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º auxiliar: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

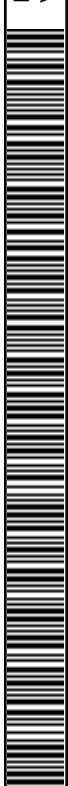
DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

Dr. Leonardo Rabelo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1715-LROE 814

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente com DDA sob placa osteosíntese
- 2) Amputo + onthoplastia
- 3) Colocou-se fixador externo 350 em fibro e 2400 em  
femur - fixosorticular
- 4) Recuperação radiológica
- 5) LMC - curativo
- 6) RPA

Dr. Leonardo Rabelo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1715-LROE 814







BOLETIM OPERATÓRIO

*João Góes  
Silva Rodrigues*

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 08/02/20

OS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura (P)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: RMS + traçado transesquelético

TIPO DE INTERVENÇÃO: —

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: —

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Alberto

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

1º auxiliar: Dr. Pedro de S.

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

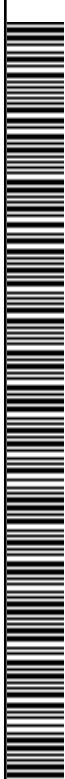
DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

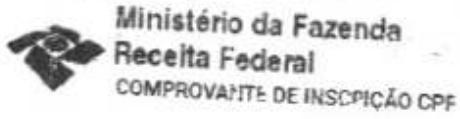
- 1 - Prevenir com DDA dos anestesia
- 2 - Ansepsia + antiasepsia + colocar  
de campos estériles.
- 3 - RMS da fratura externo
- 4 - traçado transesquelético
- 5 - curativo
- 6 - NPA

*Dr. Alberto Ferreira da Souza*  
Médico Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PR 1817  
Tribunal de Pernambuco - TEUT - 12603

*Dr. Pedro de S. Figueiredo*  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 4023







Número  
709.161.672-32

Nome  
LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

Nascimento  
11/05/1999

CÓDIGO DE CONTROLE  
B976.2E30.B3D6.C4CF



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 11:39:57 do dia 22/01/2020 (hora e data de Brasília)  
Dígito verificador: 00  
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





CPF:

#### CLASSIFICAÇÃO: TEMPORÁRIO

PRAZO DE RESIDÊNCIA: 21/01/2022

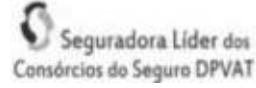
EMBODIMENT OF 2020-02-2020 09:17:01 BY EMBODIMENT

А заради їх зникнення відмінно відповісти на цікаві питання про те, що тає за тим

I<BRAF236973E<3<<<<<<<<<<<  
9905119M2201214VEN<<<<<<<<<<<<0  
RODRIGUEZ<MAIT<<LUIS<GUILLERMO



## RECEIPO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309857/20

**Vítima:** LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MA

**CPF:** 709.161.672-32

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/06/2020

**Titular do CPF:** LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

#### LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA : 709.161.672-32

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](http://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: 29/10/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020  
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: 3200390312

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIS GUILLERMO JESUS  
RODRIGUEZ MAITA

Data do acidente: 01/06/2020

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS  
S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÉMUR E TÍBIA ESQUERDA. P.2/4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento  
faltante:Apontamento do Laudo  
do IML:

Conduta mantida:

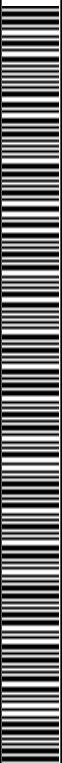
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR  
sequelas: ESQUERDO.Documentos  
complementares:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>



## PROCURAÇÃO

### **OUTORGANTE :**

NOME: Leônidas Guilherme Jesus Rodrigues Maita  
NACIONALIDADE: Venezuelano ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Autônomo RG: \_\_\_\_\_  
CPF: 109.161.672-32 ENDEREÇO: Rua das Buritis 198  
BAIRRO: 13 de Setembro CIDADE: Boa Vista  
CEP 69.308-070

VÍTIMA: Leônidas Guilherme Jesus Rodrigues Maita  
CPF: 109.161.672-32 DATA DO ACIDENTE: 01.06.20  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

### **OUTORGADA :**

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Autônomo  
Nº DO RG: 239+17 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Laura Moreira

### **PODERES:**

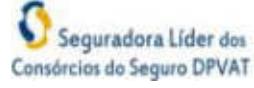
Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista RR, 29 de julho de 2020

Leônidas Guilherme Jesus Rodrigues Maita  
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309857/20

**Vítima:** LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MA]

**CPF:** 709.161.672-32

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/06/2020

**Titular do CPF:** LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

#### LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA : 709.161.672-32

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](http://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: 29/10/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO