


**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**

6ª Vara Cível

**Processo 0817787-02.2019.8.23.0010**
**Comarca:** BOA VISTA

**Data de Autuação:** 10/06/2019 **Situação:** Público

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 9597 - Seguro

**Data Distribuição:** 10/06/2019 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

**Parte(s) do Processo**
**Tipo:** Promovente

**Nome:** ANTONIO WILSON DA CONCEIÇÃO

**Data de Nascimento:** Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 653.608.692-91

**Filiação:** /

**Advogado(s) da Parte**

1018NRR ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

2045NRR ANDRÉ CARLOS ISRAEL

**Tipo:** Promovido

**Nome:** Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

**Data de Nascimento:** Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

**Advogado(s) da Parte**

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

### PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Antonio Wilson da Conceição PROFISSÃO: Entregador  
ESTADO CIVIL: União Estável, FONE: 99151-9437,  
E-MAIL: Antonio.Wilsondaconceicao@gmail.com RG: 390 28 97  
SSP- RR e CPF: 653.608.692-91 RESIDENTE À  
RUA: Av. Nazare Filgueiras N° 71,  
BAIRRO: Helio Campos, pelo presente instrumento procuratório,  
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 14 de maio de 2019.

Antonio Wilson da Conceição

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

E-mail: [adv.abhner@hotmail.com](mailto:adv.abhner@hotmail.com) Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Antonio Wilson da Conceição  
ESTADO CIVIL: União Estável PROFISSÃO: Entregador  
RG N° 390.289-4 SSP/RR CPF: 653.608.692-91  
ENDEREÇO: Av. Nazare Filgueiras - N: 71, Senador  
Felipe Campos.

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 14 de maio de 2019.

Antonio Wilson da Conceição



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARRERA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1554844859

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1554844859

NOME  
ANTONIO WILSON DA CONCEICAO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA  
3902897 SSP RR

CPF  
653.608.692-91

DATA NASCIMENTO  
01/05/1974

FILIAÇÃO  
RAIMUNDA DA CONCEICAO

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
03063869550

VALIDADE  
21/12/2022

1ª HABILITAÇÃO  
30/09/2003

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR  
Antonio Wilson da Conceicao

LOCAL  
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO  
21/12/2017

ASSINATURA DO EMISSOR  
ANTONIO FRANCISCO RESERRA MARQUES  
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO  
DETRAN-RR

90421490798  
RR209490365

RORAIMA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

Mostre no seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.  
Cada acidente é uma lição que deve ser apreendida, para evitar maiores desgraças.  
Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.  
Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "intendidos" e "curiosos" corram para o agravamento de sua lesão.  
Se você não é elétricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.  
Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.  
As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.  
Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.  
Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.  
Conversa e discussão no trabalho predisponem a acidentes pela desatenção.  
Leia e refina sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.  
Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.  
Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.  
Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.  
Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.  
Combata o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

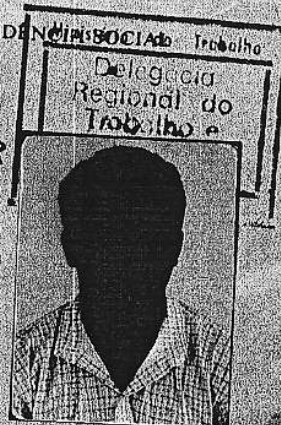
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número

068398

Série

00001-RR



Antônio Wilson da Conceição  
ASSINATURA DO PORTADOR







13

CONTRATO DE TRABALHO

Emp. 04.265.872 / 0002 - 13

COCOMF ITAIPINGA AGRO-INDUSTRIAL S.A.

Rua Michel Nussman, 224 - Morcelas

Município Boa Vista - Roraima - Est.

Estabelecimento

Cargo Estudante de depósito

CBO nº 35.220 de 2000

Data admissão 01 de Agosto

Registro nº

Remuneração especificada R\$ 207,61 -  
(mensal e fixa, mais 13  
quintavias por ano).

ITAIPINGA AGRO-INDUSTRIAL S.A.

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º de Janeiro de 2001

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º

Com. Dispensa CD N°

13

CONTRATO DE TRABALHO

Emp. 13.558.309 / 0005 - 77

COCOMF Andrade Galvão Engenharia Ltda.

Rua Vasco da Gama 360 - N. P. Alto

Município CEP 65.114-60 Est.

Boa Vista

Estabelecimento 6. de Engenharia

Cargo Subst. N. V.

CBO nº

Data admissão 26 de Agosto de 2001

Registro nº

Fls/Ficha

Remuneração especificada R\$ 297,64 (quintavias  
e 13º salário por ano)  
Quinta entrega 13º salário

Andrade Galvão Engenharia Ltda.

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º de Agosto de 2002

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º

Com. Dispensa CD N°

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0060640-5

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 001802135

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	01/12/2018	624	450,90

LUCIENE ALVES

AV NAZARE FILGUEIRAS 71 SENADOR HELIO CAMPOS

CPF: 00066621321287

CEP: 69.316-396 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.24.053400

DADOS DA LEITURA	kWh	kVAh	DATAS DA LEITURA
Atual:	33694		15/11/2018
Anterior:	33070		15/10/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		13/12/2018
Consumo Medido:	624		Próxima Leitura:
Consumo Faturado:	624	FCAM	13/11/2018
			Emissão:
			15/11/2018
			Apresentação:
			31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2823926	N 1425129	1.1.1.2	476

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
OUT/18 662	CONSUMO 624 A R\$ 0,672445 = 419,60
SET/18 461	I. UMINACAO PUBLICA 31,30
AGO/18 405	
JUL/18 323	
JUN/18 444	
MAI/18 396	
ABR/18 540	
MAR/18 487	
FEV/18 462	
JAN/18 431	
TARIFA DE TRIBUTOS:	
0 A 624 - 0,539766	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
10/2018	450,90
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/11/2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento das contas poderá levar à inclusão do nome do consumidor na SPERA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 1.079,28 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor reconsiderar este aviso.	
TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO 38,50% RESOLUCAO ANEEL N. 2.479 DE 30.10.18. CASO HAJA COBRANCA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26	

7550.4308.2550.F914.FA31.7710.8BDF.91A3

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 0,00	Base de Cálculo: 17,00%
Energia: 0,00	Alíquota ICMS: 71,33
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 2,02
Encargos: 32,78	Valor do PTS: 9,43
Tributos: 32,78	Valor do COFINS: 9,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
8,45	16,91	33,82	8,46	16,92	33,84
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DISTRITO			09/2018		
ROT: 28.001.26.24.053400			102,63		

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0060640-5	450,90
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
11/2018	01/12/2018
001802135 FCAM	

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal:

0303000004 1 30300003000 0 0000000000 4 04001110000 0



SEQ.: 00254 UC: 0060640-5 DT.LEIT.: 15/11/2018 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 33694 NORMAL TOTAL: 450,90 CARGA: 009  
DT.VENC.: 01/12/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1263

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 NOV 2018  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bazerra, 484 - Boa Vista - RR





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLICIA CIVIL  
CENTRAL DE FLAGRANTES

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 769/2018

DADOS DO REGISTRO:

Delegado: ELISA ALICE LOPES MENDONÇA

EQUIPE: BRAVO

Data: 30/10/2018

Hora do Registro: 07h29min.

DADOS DA OCORRÊNCIA: (Local do Fato)

NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

DATA: 07/10/2018 HORÁRIO: 10H 20min.

ENDEREÇO: RUA DAS ONZE HORAS C/ A RUA DAS ORquíDEAS BAIRRO PRICUMÃ/ BOA VISTA/RORAIMA

VÍTIMA/COMUNICANTE

NOME: ANTONIO WILSON DA CONCEIÇÃO

CPF Nº: 653.608692-91

CNH:03063869550

RG: 3902897 SSP/RR

NASCIMENTO: 01/05/1974

IDADE: 44 anos

MÃE: RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO

Pai: -

NATURAL: BOM JARDIM/MA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

SEXO: Masculino

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL

PROFISSÃO:

ENTREGADOR DE GÁS/ÁGUA

Telefone:

95-99151-9437

END: Rua: AV. NAZARÉ FILGUEIRAS Nº71 BAIRRO SENADOR HÉLIO CAMPOS.

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE VEM A ESTE DP INFORMAR QUE NA DATA, LOCAL E HORA SUPRA SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO ONDE O MESMO ESTAVA DIRIGINDO A MOTOCICLETA A SERVIÇO DA EMPRESA DISK GÁS E ÁGUA; EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE O COMUNICANTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E CONSTATADO UMA FRATURA DA PERNA ESQUERDA. ERA O QUE TINHA A COMUNICAR.

BETTY IARA GONZALEZ  
APC

ANTONIO WILSON DA CONCEIÇÃO  
COMUNICANTE



Obs: O comunicante fica desde já ciente que se os fatos acima narrados forem infundados, inverídicos ou não puderem ser provados, estará sujeito as penas do crime de denúncia caluniosa, previsto no art. 339, Código Penal, que assim dispõe: "dar causa à instauração de investigação policial, de processo judicial, instauração de investigação administrativa contra alguém, imputando-lhe crime de que o sabe inocente: pena - reclusão de 02 (dois) a 08 (oito) anos e multa".



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

**POLÍCIA CIVIL**

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

**DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – DAT**

“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 769/2018/ PLANTÃO CENTRAL**

O Sr.º

NOME: ANTONIO WILSON DA CONCEIÇÃO

RG : 3902897 SSP/RR

SEXO: MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO: 01/05/1974

TELEFONE: 99151-9437

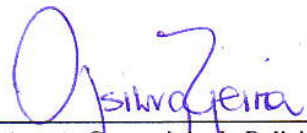
ENDEREÇO: AVENIDA – NAZARÉ FILGUEIRAS, 71

BAIRRO: SENADOR HÉLIO CAMPOS



O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e o nome do Proprietário.

- MOTOCICLETA HONDA/CG 125 CARGO KS;
- PLACA – NAM-1366;
- ANO 2010;
- CHASSI 9C2JC4130AR003135;
- PIER ROSA PEIXOTO LIRA;



Agente Carcerário de Polícia Civil  
Givanildo da Silva Vieira  
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 04 de Janeiro de 2019.



ANTONIO WILSON DA CONCEIÇÃO  
Comunicante






## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PIER ROSA PEIXOTO LIRA,  
RG nº 80331, data de expedição 05/01/87,  
Órgão SSPIRR, portador do CPF nº 241.543.002-10 com  
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de  
RORAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R: ROCHA LEAL, nº 40,  
complemento S. F. CO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima ANTONIO WILSON DA CONCEIÇÃO cujo o condutor era  
O MESMO.

Veículo: CAR / MOTOCICLETA / HONDA IGG 125 CARGO KS  
Modelo: HONDA IGG 125 CARGO KS  
Ano: 2010  
Placa: NAM 1366  
Chassi: 9C2JC4130AR003135  
Data do Acidente: 07/10/2018  
Local e Data: BOA VISTA - 22.11.2018

**CARTÓRIO LOUREIRO**  


Assinatura do Declarante



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




**CARTÓRIO LOUREIRO** DR. JOZIEL LOUREIRO  
TABELÃO E REGISTRADOR  
AV. VILLE ROT. Nº 5036 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

Nº VERDADEIRA a(s) assinatura(s)  
[u]o]leco] - PIER ROSA PEIXOTO LIRA

TCW Em testemunho [assinatura] da verdade Boa Vista, 21/11/2018  
Emol: 1,00, FUNDEJURR: 0,80, FISC: 0,40, FECON: 0,40, ISS: 0,40  
Selo: REC FIR 158345FMPFKUJBYXAKUB17  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>  
CPF Solicitante: 24154300210

[assinatura]  
**Thays Continho Weber**  
Escrevente Autorizada  
Cartório Loureiro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME PIER ROSA PEIXOTO LIRA			
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR 90331 889 RR		
	CPF 241.543.002-10	DATA NASCIMENTO 02/04/1970	
	FILIAÇÃO SEBASTIAO BARRETO LIRA MARIA SEBASTIANA PEIXOTO LIRA		
	PERMISSÃO B	ACC B	CAT. HAB. AB
N.º REGISTRO 00653444458		VALIDADE 15/07/2019	EMISSÃO 04/05/1999
OBSERVAÇÕES			
ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 18/07/2014		
ASSINATURA DO EMISSOR		25781623616 RR207532130	
DE FRAN. RR (RORAIMA)			

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 905275434

PROIBIDO PLASTIFICAR 905275434

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bazeira, 404 - Boa Vista - RR





370050-0	18/01/2008
AMANDA PEIXOTO RIOS	
ALTEMAR RIOS DA SILVA	
PIER ROSA PEIXOTO LIRA	
BOA VISTA - RR	27/07/1995
CERTO NASC 83.910 FLS 225V LIV A-123	
1 OF BOA VISTA - RR	
1 VIA	Rita de Cássia Coelho de Araújo Diretora do IIOC
	P 1

**ALTERAÇÃO CONTRATUAL Nº 01 DA SOCIEDADE LIMITADA**  
**"DISK GÁS E ÁGUA LTDA"**

Motivo: a) Alteração de Endereço.



Por este instrumento particular: **PÍER ROSA PEIXOTO LIRA**, brasileira, solteira, nascida em **02/04/1970 em Boa Vista - RR**, empresária, portadora da cédula de identidade nº **80.331 SSP/RR**, e do CPF nº **241.543.002-10**, e **ALTEMAR RIOS DA SILVA**, brasileiro, solteiro, empresário, nascido em **17/11/1969 - Careiro - AM**, portador da cédula de Identidade nº **72.124 SSP/RR**, e do CPF nº **200.000.902-63**, **AMBOS** residentes e domiciliados nesta Cidade de Boa Vista/RR, sito à Av. Santos Dumont, nº 1179 - Bairro São Francisco, CEP **69306-040**, únicos sócios da empresa de sociedade limitada denominada: **DISK GÁS E ÁGUA LTDA**, sediada na : Rua Rocha Leal, nº 40/1, Bairro São Francisco, CEP 69306-020, devidamente registrada na Junta Comercial do Estado de Roraima sob o **NIRE 14 2 0007000-4**, por despacho em **25/07/2003**, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda - **CNPJ(MF)** sob o nº **05.795.276/0001-27**, resolvem de comum acordo, Alterar o Contrato Social, conforme as Clausulas a seguir discriminadas:

**1ª** - O endereço da sociedade, que é na **RUA ROCHA LEAL, 40/1 - BAIRRO SÃO FRANCISCO**, CEP 69306-020, neste ato passa a ser na **AV. SANTOS DUMONT, Nº 1167 - BAIRRO SÃO FRANCISCO, CEP 69306-040**, nesta cidade de Boa Vista - Estado de Roraima.

**2ª** - As demais clausulas que não foram alteradas e/ou modificadas por este instrumento particular, permanecem em pleno vigor de acordo com o contrato primitivo.

E por estarem assim justos e contratados assinam a presente alteração em quatro (04) vias de igual teor e forma na presença de duas (02) testemunhas que também o assinam.


Boa Vista - RR., 21 de Junho de 2004.

  
\_\_\_\_\_  
**PÍER ROSA PEIXOTO LIRA**  
Administradora

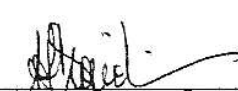
e

  
\_\_\_\_\_  
**ALTEMAR RIOS DA SILVA**  
Administrador

Testemunhas:  
Assinatura:

  
\_\_\_\_\_  
**Antonio Edvaldo Rodrigues da Silva**  
CPF: 382.297.142-15

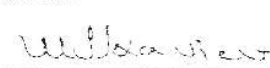
Assinatura:

  
\_\_\_\_\_  
**Franklin da Silva Braid**  
CPF: 022.188.522-68



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE RORAIMA  
CERTIFICO O REGISTRO EM: 14/07/2004  
SOB Nº: 36295  
Protocolo: 04/008635-5

Proprietária: PÍER ROSA PEIXOTO LIRA  
DISK GÁS E ÁGUA LTDA

  
\_\_\_\_\_  
**MARIA DE FÁTIMA SILVA XAVIER**  
SECRETARIA-GERAL



**5ª ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE**  
**"DISK GÁS E ÁGUA LTDA"**  
**CNPJ: 05.795.276/0001-27**

1. Alteração de Atividades.
2. Alteração de capital social

**PIER ROSA PEIXOTO LIRA**, brasileira, solteira, nascida em **02/04/1970** **BOA VISTA/RR**, portadora da Cédula de **Identidade nº 80.331 SSP/RR** e do **CPF nº 241.543.002-10**.

**AMANDA PEIXOTO RIOS**, brasileira, solteira, nascida em **27/07/1995** **BOA VISTA/RR**, portadora da Cédula de **Identidade nº 370050-0 SSP/RR** e do **CPF nº 700.693.072-37**.

Ambas residentes e domiciliadas no **ENDEREÇO SITO A RUA ROCHA LEAL Nº 40 BAIRRO: SÃO FRANCISCO, CEP: 69.305-097**.

Únicas Sócias da empresa de sociedade Limitada, **DISK GÁS E ÁGUA LTDA, SEDIADA NO ENDEREÇO AV: SANTOS DUMONT Nº 1167 BAIRRO SÃO FRANCISCO CEP: 69.305-105 NESTA CIDADE DE BOA VISTA/RR**, devidamente registrada na junta comercial do estado de Roraima sob o **NIRE 14 2 0007000 4** por despacho **25/07/2003** e inscrita no **Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica CNPJ (MF) sob nº 05.795.276/0001-27**, resolvem de comum acordo, nos termos da Lei nº 10.406/2002, alterar o seu contrato social, conforme as Clausulas a seguir:

**1ª** O objetivo social da sociedade será.

**4784900 - COMERCIO VAREJISTA DE GAS LIQUEFEITO DE PETROLEO (GLP)**

**7711000 - LOCACAO DE AUTOMOVEIS SEM CONDUTOR**

**4923002 - SERVICO DE TRANSPORTE DE PASSAGEIROS - LOCACAO DE AUTOMOVEIS COM MOTORISTA**

**4729699 - COMERCIO VAREJISTA DE PRODUTOS ALIMENTICIOS EM GERAL OU ESPECIALIZADO EM PRODUTOS ALIMENTICIOS NAO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE**

**4723700 - COMERCIO VAREJISTA DE BEBIDAS**

**4684299 - COMERCIO ATACADISTA DE OUTROS PRODUTOS QUIMICOS E PETROQUIMICOS NAO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE**

**4649499 - COMERCIO ATACADISTA DE OUTROS EQUIPAMENTOS E ARTIGOS DE USO PESSOAL E DOMESTICO NAO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE**



Junta Comercial do Estado de Roraima

Certifico registro sob o nº 483378 em 06/04/2018 da Empresa DISK GAS E AGUA LTDA, Nire 14200070004 e protocolo 180025457 - 04/04/2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - RR		Nº 013746662787	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COD RENAVAM	ENTRO	EXERCICIO
01	00214969134		2018
NOME			
DISK GAS E AGUA-LIDA RPA			
CPF/CNPJ		PLACA	
05.795.276/0001-27		NAM1366	
PLACA ANT/UF		CHASSI	
00214969134		9C2JC4130AR003135	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
CAR/MOTOCICLETA/MAO APLIC.		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/CG 125 CARGO KS		2010 2010	
CAP/POT/OL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
15.0T/0124DC	PARTICU	BRANCA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS	
I *PAGO*	*PAGO*	1° *****	
V FAIXA I PVA	PARCELAMENTO/COTAS	2° *****	
A ** PAGO CO A UNICA **		3° *****	
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
R\$0.7	R\$185.5		30/04/2018
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR DA A			
MAZ OCID *			
Antonio Francisco Bezerra Marques			
BDA - LISA - R. Diretor Presidente			
DETRAN - RR			
23/05/2018			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 013746662787		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
<a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	CPF / CNPJ	EXERCICIO	DATA EMISSÃO
01	05.795.276/0001-27	2018	23/05/2018
RENAVAM	PLACA		
00214969134	NAM1366		
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2010	9	9C2JC4130AR003135	
PRÊMIO TARIFARIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$81.29	R\$9.03	R\$90.32	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	
R\$4.15	R\$0.7	R\$105.5	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	30/04/2018	
SEGURADORA LIDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.609/0001-04		013746662787	
		1857560700	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
22 NOV 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 494 - Rde Viota - RR



07/10/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306



1801018974 07/10/2018 11:08:33 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 10

Paciente: **ANTÔNIO WILSON DA CONCEIÇÃO** Data Nascimento: **01/05/1974** Idade: **44 A 5 M 6 D** CNS: **700304902932638** CPF: **65360869291** Prontuário

Tip. Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

IDENTIDADE: **3902897** SSP/RR 30/09/2003 M CASADO(A) PARDA BOM JARDIM - MA BRASILEIRA

Mãe: **RAIMUNDA DA CONCEICAO** Pai: **NI** Contato: **(95) 99151-9437**

Endereço: **AVENIDA - NAZARE FILGUEIRAS - 71 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

**SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **ADAO**

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Ar amnese de Enfermagem

Ar amnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_ h)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

C SC TOTAL  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 **15**

Exame Físico

**Acidente de moto**

**23 NOV 2018**

Hipótese Diagnóstica

**Exame Físico**

**alergia: /**

**GENTE SEGURADORA S/A**  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

**23/11/2018**

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☒ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

**1 Dipirona 1g (E)**

**2 Tiotil 20mg (E)**

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

**Novo Plano**

**23 NOV 2018**

**Cópia é uma reprodução original que foi arquivada no Hospital**

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☒ Alta a Revelia ☐ Internação

Transferência para: **Ortopedia** Data e Hora da Saída/Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

óbito

Antes do 1° Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: adao  
Data Hora: 07/10/2018 11:15:11

**Lucas Duarte**  
**MÉDICO**  
**CRM-RR 1787**

**1801018974**

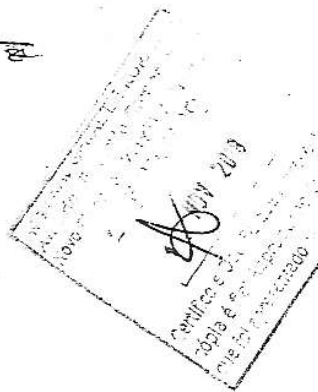
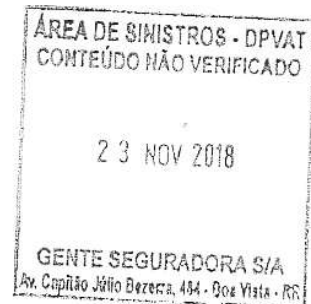
Ortopedia 07-10-18

Paciente relata queda de moto com  
dor em ~~DNZ~~ (C)

At Ex: dor a polpa lateral lateral  
Ao Rx: Fratura lateral em nível  
para fecho.

CD: Both gerado

At do ortopedista  
com antebra  
e dor  
e dor



Dr. Pedro Di Giovanni  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM / RR 1615





ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 NOV 2018  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Cárdeno João Batista, 414 - Boa Vista - RR

E

7/10/2018 11:13:35

77.1 %

7/10/2018 11:13:35

77.0 %

ANTONIO WILSON DA CONCEICAO  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
		653.608.692-91	ANTONIO WILSON DA CONCEIÇÃO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
ANTONIO WILSON DA CONCEIÇÃO		653.608.692-91	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
entregador	AV-NAZARÉ FILGUEIRAS	71	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Senador Helio Campos	BOA VISTA	RR	69.316.396
E-mail:		Tel.(DDD):	
		95-99151-9437	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
RENDA MENSAL:			
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
0653	00136164		
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do sinistro.			
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: _____			
Grau de Parentesco com a vítima: _____		Vitima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vitima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se tinha filhos, informar quantos: _____	
Vivos: _____		Falecidos: _____	
Vitima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Vitima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
Local e Data, _____		TESTEMUNHAS	
Nome: ANTONIO WILSON DA CONCEIÇÃO		1ª   Nome: _____	
CPF: 653.608.692-91		CPF: _____	
Assinatura de quem assina A ROGO		Assinatura	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2ª   Nome: _____	
		CPF: _____	
		Assinatura	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)	

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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, 08 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180552565

Vítima: ANTONIO WILSON DA CONCEICAO

Data do Acidente: 07/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), ANTONIO WILSON DA CONCEICAO

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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.

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

Pag. 0144301444 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13750990

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br  
R. Senador Dantas 74, 5º andar  
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



## ANEXO 1

### TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=2.531%2C2...>



## Cálculo de Atualização Monetária

### Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 2.531,25
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	7/10/2018 a 1/6/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	7/10/2018 a 10/6/2019

### Dados calculados

Fator de correção do período	237 dias	1,027783
Percentual correspondente	237 dias	2,778308 %
Valor corrigido para 1/6/2019	(=)	R\$ 2.601,58
Juros(246 dias-8,50138%)	(+)	R\$ 221,17
Sub Total	(=)	R\$ 2.822,75
<b>Valor total</b>	<b>(=)</b>	<b>R\$ 2.822,75</b>

### Memória analítica do cálculo

Valor inicial	2.531,25
Data inicial	7/10/2018
Data final	1/6/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
7/10/2018	1/11/2018	0,4675 (%)	2.543,08
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	2.547,91
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	2.543,84
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	2.551,47
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	2.560,14
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	2.573,97
1/4/2019	1/5/2019	0,7200 (%)	2.592,50
1/5/2019	1/6/2019	0,3500 (%)	2.601,58

### Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(246 dias-8,50138%)	(+)	R\$ 221,17
Sub Total	(=)	R\$ 2.822,75
<b>Valor total</b>	<b>(=)</b>	<b>R\$ 2.822,75</b>

Retornar Imprimir