



# 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



## PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Antonio Wilson da Conceição, PROFISSÃO: Entregador,  
ESTADO CIVIL: União Estável, FONE: 99151-9434,  
E-MAIL: antonio.wilsondeacon@ig.com.br, RG: 390 28 94  
SSP- RR e CPF: 653.608.692-91, RESIDENTE Á  
RUA: Az. Nazaré Filgueiras N° 71,  
BAIRRO: Flávio 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

## 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: Avenida Nazare Filgueiras - N° 71, Senador Helio 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



Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser aprendida, para tratar maiores desgracas.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesqui-

sada para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o ocorrido médico adequado. Não deixe que "lamentados" e "curiosos" con-

corram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, 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 res-

peitar-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de

seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde vo-

cê trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes.

Ler e refletir sempre os ensinamentos contidos nos cartaz

es e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os antelos, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fa-

zem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos

devidos lugares.

Para máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-

-la.

Habilite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use

equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Confie o manejo 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



Antonio Wilson da Conceicao  
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL	
Nome	<i>Antônio Wilson da Conceição</i>
Loc. Na	<i>Bom Jardim - MT</i>
Filiação	<i>Raimundina da Conceição</i>
Data	<i>01/05/74</i>
Doc. n°	<i>RG - 63294596-6 - SEJSP/MT - 31.07.96</i>
ESTRANGEIROS	
Chegada ao Brasil em	Doc. Ident. n°
Exp. em	Estado
Obs.	DRT
Data Emissão	<i>20.05.2000</i>
<i>Antônio Wilson da Conceição Belo Horizonte - MG Mat. 709024 = BR/BA</i>	
Nome	Nome
Doc.	Nome
Est. Civil	Nome
Doc.	Nome
Nascimento	

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

CONTRATO DE TRABALHO		13
04.265.872 / 0002-13		
EMPRESA AGRO INDUSTRIAL S.A.		
CGC/MF: 00000000000000000000		
Endereço: Rua Antônio Nussman, 224 - Módulo 01		
Cidade: Rio Claro - SP - CEP: 06.304-340 - Nº: 0000		
Funcionário: Valeska		
Local de trabalho: Roraima - Est.: RR		
Cargo: Analista de depósito		
CBO nº: 55220		
Data admissão: 01 de Agosto de 2000		
Registro nº: 00000000000000000000		
Remuneração específica: R\$ - 207,61 -		
<i>(Assinatura) elet. digitalizada)</i>		
Assunto: AGRO INDUSTRIAL S.A.		
Ass. do representante legal: LARSON		
Data saída 1º de Julho de 2007		
<i>(Assinatura)</i>		
Ass. do empregador em 1º rogo c/cert:		
1º Andrade Calvão Engenharia Ltda.		
Ass. do empregador em 2º rogo c/cert:		
2º		
Com. Dispensa CD Nº:		
Ass. do empregado em 1º rogo c/cert:		
1º Andrade Calvão Engenharia Ltda.		
Ass. do empregado em 2º rogo c/cert:		
2º		
Com. Dispensa CD Nº:		

CONTRATO DE TRABALHO  
Empresário: 1058309 / 0005-77

Andrade Gávaro Engenharia Ltda.  
CGC/MF: 00000000000000000000  
RUA Vasco da Gama, 360 - N. P. Alto  
Município: C.E.P.: 06.304-340 - Est.: RR  
Endereço: Rua Vasco da Gama, 360 - N. P. Alto  
Cargo: Analista de depósito

CBO nº: 55220

Data admissão: 01 de Agosto de 2000

Registro nº: 00000000000000000000

Fis/Ficha: 1001  
de 19

Remuneração específica: R\$ - 207,61 -

Ass. do empregador ou a rogo c/cert: Andrade Gávaro Engenharia Ltda.

Ass. do empregado ou a rogo c/cert: Andrade Calvão Engenharia Ltda.

Data saída 1º de Julho de 2007

Ass. do empregador em 1º rogo c/cert:  
1º Andrade Calvão Engenharia Ltda.

Ass. do empregado em 2º rogo c/cert:  
2º

Com. Dispensa CD Nº:



Eletrobras  
Distribuição Roraima

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 autônoma pela SEFAZ 368/13

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0060640-5

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.

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

NORMA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2823926	N-1425129	1.1.1.2	476

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Médiano 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 SEM TRIBUTOS: 624 - 0,672445	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 NOV 2018

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

MES/AÑO	VALOR I. \$	MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
10/2018	450,90	Unidade consumidora sujeita a suspeita de furtos/roubos de energia elétrica e está no período de suspensão das contas realizadas neste faturamento. O pagamento deve ser feito integral e inclusivo do valor do consumo de 01 (uma) fatura. Informações sobre o faturamento e vencimento da fatura anterior, no valor de R\$ 1.373,20 (valor histórico), não são mais utilizados. O pagamento fatura desconsiderar este valor.

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO 38,50% RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.479  
DE 30.10.18. CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA  
FATURA (LBV) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16 11 16 21 26

7566.4308.2550.F914.FA31.771D.8BDF.91A3

RESERVADO AO FISCO

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,45	16,91	33,82	8,46	16,92	33,84	4,65
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DISTRITO				09/2018	102,63	
ROT:	28.001.26.24.053400					

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

0060640-5 450,90  
001802135 FCAM

006064



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLICIA CIVIL  
CENTRAL DE FLAGRANTES

487823  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 769/2018

DADOS DO REGISTRO:

Delegado: ELISA ALICE LOPES MENDONÇA  
Data: 30/10/2018

EQUIPE: BRAVO

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

Pai: -

MÃE: RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

SEXO: Masculino

NATURAL: BOM JARDIM/MA

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL

PF OFISSÃO:

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 FRAQUEZA DA Perna ESQUERDA. ERA O QUE TINHA A COMUNICAR.

*Betty Iara Gonzalez*

BETTY IARA GONZALEZ  
APC

*Antonio Wilson da conceição*  
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 denuncia 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 N° 769/2018/ PLANTÃO CENTRAL**

O Sr.<sup>º</sup>

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 SSP/RR, 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 CG 125 CARGO KS

Modelo: HONDA CG 125 CARGO KS

Ano: 2010

Placa: NAM 1366

Chassi: 9C2JC4130AR003135

Data do Acidente: 07/10/2018

Local e Data: BOA VISTA - 22.11.2018



Assinatura do Declarante



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

**CARTÓRIO LOUREIRO**

Avenida Boa Vista nº 536 - Centro - BOA VISTA/RR - Tel.: (95) 3624-6091 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)

[Jjojleco] - PIER ROSA PEIXOTO LIRA

TGW Em testemunho Joia da verdade Boa Vista, 21/11/2018

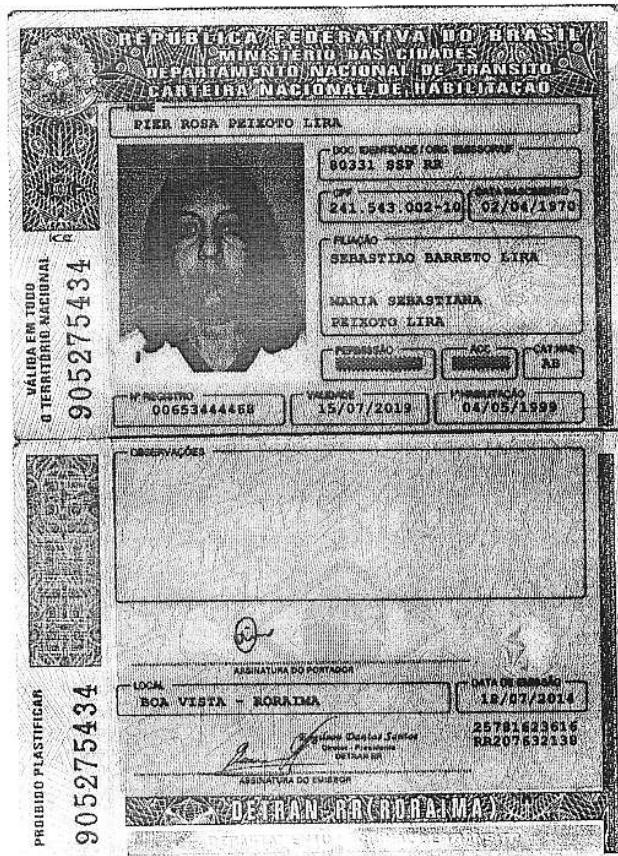
Emol:1,00, FUNDEJURR:0,80, FISC:0,40, FECON:0,40, ISS:0,40

Selo: RECFIR158345FMPFKUJBXAKUB17

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>

CPF Solicitante: 24154300210

*Jaysell*  
*Thays Coutinho Weber*  
Escrevente Autorizada  
Cartório Loureiro





Polegar Direito.

370050-0	18/01/2008
AMANDA PEIXOTO RIOS	
ALTEMAR RIOS DA SILVA	
PIER ROSA PEIXOTO LIRA	
BOA VISTA - RR	27/07/1995
CERTD NASC 83.910 FLS 225V LIV A-123	
1 OF BOA VISTA - RR	
1 VIA	Rita de Cássia Coelho de Araújo Diretora do ITC
	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, sítio 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 Cláusulas a seguir discriminadas:

**1<sup>a</sup>** - 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.

**2<sup>a</sup>** - As demais cláusulas 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

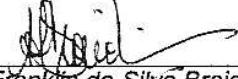
e

  
**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 N°: 36295  
Protocolo: 04/006635-5

Processo nº 14 2 0007000-4  
DISK GÁS E ÁGUA LTDA

  
MARIA DE FÁTIMA XAVIER  
SECRETARIA-GERAL

## 5<sup>a</sup> 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 N° 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 N° 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 Cláusulas a seguir:

**1<sup>a</sup>** 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 483376 em 06/04/2018 da Empresa DISK GAS E AGUA LTDA, Nire 14200070004 e protocolo 180025457 - 04/04/2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN-RR		Nº 013746662787	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	FNTRC	EXERCÍCIO
01	00214969134		2018
NOME:			
DISK GAS E ALQUILER LTD			
CPF/CNPJ	PLACA		
05.795.276/0001-27	NAM1366		
PLACA/ANF	CHASSI		
NHE214130AR003135			
ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL		
CAR/MOTOCICLETA/NO APLIC.	GASOLINA		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CB 125 CARGO KS	2010	2010	
CAP/POT/CLL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
15.0T/012400	PARTICU	BRANCA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS	
P *PAGO*	*PAGO*	1*****	
V FAIXA DPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2*****	
A ** PAGO CO A UNICA **		3*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (RS)	IOF (RS)	PRÉMIO TOTAL (RS)	DATA DE PAGAMENTO
R\$10,7	R\$10,7	R\$185,5	30/04/2018
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO! * PROIB. SAIR DA A MAZ OCID * AUDITORE			
Assinatura de Antonio Francisco Bezerra Marques		DATA	
BOA VISTA - RR		Presidente	
DETAN-RR		23/05/2018	
SEGURO OBRIGATÓRIO			
AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO 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			
www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
01	2018	23/05/2018	
CPF / CNPJ	PLACA		
05.795.276/0001-27	NAM1366		
RENAVAM	MARCA / MODELO		
00214969134	HONDA/CB 125 CARGO KS		
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2010	3	NHE214130AR003135	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (RS)	DETAN-RR	CUSTO DO SEGURO (RS)	
R\$81,29	R\$9,03	R\$90,33	
CUSTO DO BILHETE (RS)	IOF (RS)	VALOR A SER PAGO SEGUNDO OS UPS	
R\$4,15	R\$0,7	R\$105,5	
PAGAMENTO			
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO	
		30/04/2018	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04 013746662787 1857568/0007			



97/10/2018

...:: Guia de Atendimento 02 ::

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA FAMÍLIA E DIREitos HUMANOS

Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral do Povo - HGP

Hospital Geral de Roraima - PAAR / P



102

1801018974		07/10/2018 11:08:33		Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		10	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
ANTÔNIO WILSON DA CONCEIÇÃO		Órgão Emissor		01/05/1974		44 A 5 M 6 D		700304902932638		65360869291		Instituto Geral de Reabilitação	
Tipo / Doc	Documento	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	BOM JARDIM - MA	Contato	(95) 99151-9437	Nacionalidade	BRASILEIRA		
IDENTIDADE	3902897	SSP / RR	30/09/2003	M	CASADO(A) PARDA	Pai							
Mãe					NI								
RAIMUNDA DA CONCEICAO												Ocupação	
Endereço AVENIDA - NAZARE FILGUEIRAS - 71 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR												NÃO INFORMADA	
Classe de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE											
ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso		Pressão	
Setor		URGÊNCIA											
GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.								Registrado por:	
Queixa Principal		DEMANDA ESPONTANEA										ADAO	
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue													
Ar amnese de Enfermagem													
Ar amnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				CSC		TOTAL		A0: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		15	
Acidente de moto		23 NOV 2018											
Exame Físico													
Hipótese Diagnóstica													
Fx Fibula (E)													
SADT - Exames Complementares													
<input 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													
(1) Bifurcação 1g (E)													
(2) Tilitol 20mg (E)													
		<img alt											

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

**Carimbo e Assinatura do Médico**

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

*Jr. Lucas Duar*  
MÉDICO  
CRM-RR 1787



Ortopedico 07-10-18

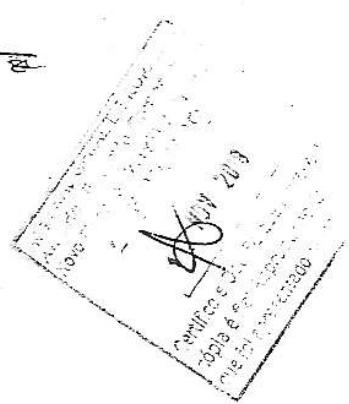
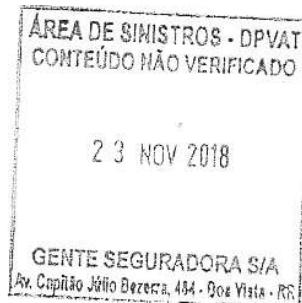
Painel relato acidente de moto com  
fim em DNZ(C)

Ao Ex : dor no polgar esquerdo lateral

Ao Rx : Fratura metade lateral do clavio  
presa fechada.

CD: Both gerais

- Alto da ortopedia
- com anamnese
- exames
- reto



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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  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: ANTONIO WILSON DA CONCEIÇÃO  
Profissão: entregador Endereço: AV - NIZARÉ Filgueiras  
Bairro: Senador Helio Campus Cidade: Boa Vista  
E-mail:  
CPF: 653.608.692-91  
Número: 71 Complemento: CASA  
Estado: RR CEP: 69 316 396  
Tel.(DDD): 95 - 99151-9437

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

DADOS CADASTRAIS  
RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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)  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Nome do BANCO:

Thomaz

23 NOV 2018

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00136164 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

### GENTE SEGURADORA S/A

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização (sempre que a Seguradora Lider receber o pagamento da indenização do Seguro DPVAT) a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total da obrigação de receber o valor.

ÁREA DE GRUPOS - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHER "ENT" 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):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vitima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vitima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vitima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vitima 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.

Local e Data: Boa Vista 22.11.18  
Nome: ANTONIO WILSON DA CONCEIÇÃO  
CPF: 653.608.692-91

(\*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura



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

Pág. 0144301444 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13790990

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



**Seguradora Líder · DPVAT**

**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					
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 esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuizos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



## 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>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>R\$ 2.822,75</b>

[Retornar](#) [Imprimir](#)