

2726571- C3/ 2020-02208/ INVALIDEZ



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08143528320208230010

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO** representado por **FRANCINALDA RIBEIRO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/10/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/05/2019**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

## PRELIMINARMENTE

### DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

### DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### DA ILEGITIMIDADE “AD CAUSAM” DA PARTE NO PÓLO ATIVO DA PRESENTE DEMANDA

Conforme se percebe dos autos, o autor da presente demanda pleiteia verba indenizatória por Seguro DPVAT, pela cobertura de invalidez permanente, sendo o mesmo representado por **FRANCINALDA RIBEIRO DOS SANTOS** que diz ser sua mãe adotiva, contudo, **não há nos autos registro de que a mesma possui a guarda do menor.**

Verifica-se que a Sra. **TEREZA DOS SANTOS FREITAS**, é a legítima genitora e consta nos documentos médicos o nome da mesma.

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



PROJUDI - Processo: 0814352-83.2020.8.23.0010 - Ref. mov. 13.1 - Assinado digitalmente por Marion Tavares Dentex 60695845253  
02/06/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuario medico

Página 30

**Santo Antônio**  
H Hospital de Criança

**Ficha de Atendimento**  
**AMBULATORIAL**

Unidade do Cad.: MARCA CLASSE  
117872

**DADOS DO PACIENTE:**

Prontuário: 13221 Data Nascimento: 17/02/2006 Idade: 12 Anos / 9 Meses / 24 Dias  
Nome do Paciente: NICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO  
Sexo: MASCULINO  
Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DE NAZARE DE 01 A Naturalidade: BOA VISTA  
Bairro: ASA BRANCA Número: 240  
CEP: 66312308 Cidade: BOA VISTA  
Nacionalidade: Telefone: 0  
Nome da Mãe: TEREZA DOS SANTOS FREITAS CNS: 70360806723322

**DADOS DO RESPONSÁVEL:**

Responsável: Parentesco: Foto:  
Identidade: CPF:  
Endereço: Número: 0  
Complemento: CEP:

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Atendimento: 117872 Data: 11/12/2018 07:14:21  
Nome do Médico: MARCELO HENRIQUE DE SA ARRUDA  
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Tipo: CONSULTA DE RETORNO  
Peso: Altura:

Imagem conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
projudi.jus.br/projudi - Identificador: PJ82D LUNQNH BTEWE THFA

PRONTUÁRIO

94468

11.06.20

11/02/2006

MASCULINO

NICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO

TEREZA DOS SANTOS FREITAS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

431965-6

18/06/2019

NOME: NICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO

PAI: MARCELO RIBEIRO DOS SANTOS

MÃE: TEREZA DOS SANTOS FREITAS

BOA VISTA - RJ

DATA DE NASCIMENTO: 17/02/2006

CERTIDÃO NASCIM: PLS S-V LV A-00

25 OF BOA VISTA-RJ

027.046.262-82

24 VSA

ANEXO: BOMBAI TUBO

107 1118 DE 20063

Ocorre que a lei estipula que as indenizações referentes a invalidez permanente serão pagas às próprias vítimas, conforme inteligência do art. 4º, §3º, Lei 6.194/74, pelo que não é permitido a terceiros pleitear em nome próprio, indenização por seguro DPVAT das vítimas acometidas por invalidez permanente.

Ademais, a exegese da regra geral insculpida no art. 6º, do Código Civil, impede a legitimação extraordinária ao caso em apreço, conforme indevida tentativa do autor, mormente pela ausência de permissibilidade legal.

Desta forma, ante a ausência legitimidade da parte representante para receber a indenização por invalidez permanente de acidente em que **não foi comprovada ter a guarda do menor**, requer seja **JULGADA EXTINTA SEM JULGAMENTO DO MÉRITO**, nos termos do artigo 485, VI do Código de Processo Civil/2015.

## DO MÉRITO

### DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

## DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

### DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

### **DA AUSÊNCIA DE COBERTURA**

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

### **DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>4</sup>.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>5</sup>.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

<sup>4</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>5</sup>**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

**Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e**

**Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.**

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

### **DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

### **DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL**

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético<sup>7</sup>.

<sup>6</sup>“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

<sup>7</sup>“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in Responsabilidade Civil, Forense, 5ª ed., página 42).

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios<sup>8</sup>.

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>9</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>10</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

<sup>8</sup>“AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS.** SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarida o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.**” (TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS, Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

<sup>9</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>10</sup>**art. 1º. (...)**

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**

### CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **DR. SIVIRINO PAULI**, inscrito na **OAB/RR 451-A**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 8 de junho de 2020.

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**



### QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
  - 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;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**



**TABELA DE GRADAÇÃO**

| 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                                                 | R\$ 9.450,00  | R\$ 7.087,50  | R\$ 4.725,00 | R\$ 2.362,50 | R\$ 945,00     |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais 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 |               |               |              |              |                |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |              |              |                |
| 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                                                                                                                                                                                                                                     | R\$ 3.375,00  | R\$ 2.531,25  | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75   | R\$ 337,50     |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                      |               |               |              |              |                |
| 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                                                                                                                                                                                                                                 | 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 dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                               |               |               |              |              |                |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |               |              |              |                |



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08143528320208230010.

Rio de Janeiro, 8 de junho de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190417314

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

**Data do acidente:** 16/10/2018

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME, MEMBROS SEM ALTERAÇÃO ANATÔMICA, SEM ALTERAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES E SEM COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA NOS DOIS ANTEBRAÇOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 22/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** NÃO HÁ SEQUELA A SE INDENIZAR.

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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190417314

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

**Data do acidente:** 16/10/2018

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITA.  
FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** P.2,7(BAM) P.9-15(IMAGEM)

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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PROCURAÇÃO



### OUTORGANTE:

NOME: Francidalla Ribeiro dos Santos  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira  
PROFISSÃO: Autônoma RG: 273835 CPF: 83316365200  
ENDEREÇO: Av. Nelson Sampa de Aguiar 290 Boa Vista

VÍTIMA: Ricardo Richard Kelly Freitas Ribeiro  
CPF: 027.546.952-83 DATA DO ACIDENTE: 16/10/2018  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.  
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00  
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

### 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 27 de maio de 20 2.19

X Francidalla Ribeiro dos Santos  
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230240/19

**Vítima:** RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

**CPF:** 811.163.652-00

**CPF de:** Representante

**Data do acidente:** 16/10/2018

**Titular do CPF:** FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

#### FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS : 811.163.652-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

#### RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO : 811.163.652-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/07/2019  
Nome: DENILZE CORREA DANTAS  
CPF: 792.657.152-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

DENILZE CORREA DANTAS

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230240/19

**Número do Sinistro:** 3190417314

**Vítima:** RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

**CPF:** 811.163.652-00

**CPF de:** Representante

**Data do acidente:** 16/10/2018

**Titular do CPF:** FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

**DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00**

Declaração Circular SUSEP 445/12

**FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS : 811.163.652-00**

Autorização de pagamento

Tutela

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/08/2019  
Nome: DENILZE CORREA DANTAS  
CPF: 792.657.152-00

DENILZE CORREA DANTAS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/08/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA





DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
"Amor e Justiça para todos"



EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DE DIREITO DA VARA DA JUSTIÇA ITINERANTE DO  
TERMO DE RORAIMA.

03 AGO 2019

SENTE SEQUEDORA, MA

Av. Castelo de São Carlos, 444 - São João - Fone



### ACORDO GUARDA E RESPONSABILIDADE

Requerente 1: **TEREZA DOS SANTOS FREITAS**

Carteira de Identidade: 210167 SSP/RR

CPF Nº: 768.024.182-15

Estado Civil: Casado

Profissão: Do lar

Endereço: Rua 842, nº 199 - Senador Hélio Campos - nesta Capital.

Fone Residencial: (95)

Fone Comercial: (95)

Celular: (95) 9156-0782

Requerente 2: **FRANCISALVA RIBEIRO DOS SANTOS**

Carteira de Identidade: 273815 SSP/RR

CPF Nº: 811.163.552-00

Estado Civil: Solteira

Profissão: Micro empresário

Endereço: Av. Nossa Senhora de Nazaré, nº 240 - Asa Branca - nesta Capital.

Fone Residencial: (95)

9147-4848

Fone Comercial: (95)

Celular: (95) 9136-0714

Os Requerentes, acima qualificados e abaixo assinados, vêm à presença de Vossa  
Excelência, pela Defensoria Pública do Estado de Roraima, propor o presente **ACORDO DE  
GUARDA E RESPONSABILIDADE** do(a) menor **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**,  
pelos motivos fáticos e jurídicos a seguir aduzidos:

#### **DOS FATOS**

A Requerente 1 é genitora do menor em apreço, conforme faz prova a cópia da  
certidão de nascimento anexa. O genitor do menor faleceu no dia 10 de março de 2011,  
conforme faz prova a cópia da certidão de óbito em anexo.

#### **DO ACORDO**

Os requerentes acordam que o(a) menor **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**,  
fique sob a guarda e responsabilidade da requerente 2, tia paterna, podendo a genitora visitá-  
lo(a) livremente.

#### **DOS ALIMENTOS**

A genitora contribuirá espontaneamente para a manutenção da criança.

#### **DO DIREITO**

Para amparar seu pleito, invocam os Requerentes o disposto no artigo 35, da Lei  
8.069/90, **ECA**, in verbis:

Art. 35. O juiz poderá, a requerimento da mãe ou do pai, determinar a guarda provisória do menor, quando a situação de fato ou de direito assim o exigir.





**DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE RORAIMA**  
"Amorosa, Patrimônio dos Indivíduos"

"Art. 33 - A guarda obriga a prestação de assistência material, moral e educacional à criança ou adolescente, conferindo a seu detentor o direito de opor-se a terceiros, inclusive aos pais".

**DO PEDIDO.**

**EX POSITIS**, requer que se digno Vossa Excelência, em julgar procedente o presente **ACORDO DE GUARDA E RESPONSABILIDADE** do(a) menor **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**, conforme estipulado acima.

Requerem os benefícios da justiça gratuita, por serem considerados juridicamente pobres, conforme o que testifica o art. 2º, parágrafo único e art. 4º da Lei 1.060/50.

Requerem a intimação do Órgão do Ministério Público para atuar em todos os termos do presente acordo.

Protestam e requerem provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos.

Atribuem à causa o valor de R\$ 545,00 (Quinhentos e quarenta e cinco reais), para efeitos fiscais.

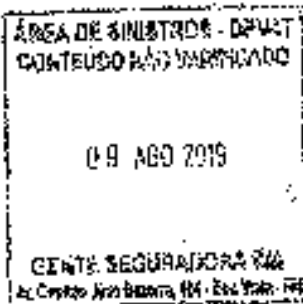
Pedem Deferimento.

Boa Vista-RR, 08 de outubro de 2011.

*Tereza dos Santos Freitas*  
TEREZA DOS SANTOS FREITAS

*Francivalva Ribeiro dos Santos*  
FRANCIVALVA RIBEIRO DOS SANTOS

*Stênio Dória da Silva*  
Defensora Pública  
OAB/RR 1172





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
VARA DA JUSTIÇA INFANTIL



**TERMO DE RATIFICAÇÃO - GUARDA E RESPONSABILIDADE**

Proc. 0010.11.014517-3

Aos 6 de outubro de 2011, nesta Vara da Justiça Infância, localizada no município de Boa Vista/RR, estando presente o(a) MM. Juiz de Direito, Dr. Erick Linhares, presente o(a) Promotor(a) de Justiça, compareceram o(a) Sr(a). **TEREZA DOS SANTOS FREITAS**, o(a) Sr(a). **FRANCISALVA RIBEIRO DOS SANTOS** os quais, acompanhados pela Defensoria Pública, de livre e espontânea vontade, ratificaram o acordo de guarda e responsabilidade, e pediram sua homologação (fl.02).

Deixada a palavra u(a) Ilustre Representante do Ministério Público, manifestou-se no seguinte sentido: o pedido atende aos requisitos legais e preserva suficientemente os interesses da criança, razão pela qual opino pela homologação do acordo, na forma que foi apresentado.

Em seguida, pelo MM. Juiz de Direito, Dr. Erick Linhares, foi proferida a seguinte sentença:

Vistos, etc.

Em razão do exposto na inicial e, restando suficientemente preservado o bestar da criança, acolho o Parecer Ministerial, homologando o acordo a que chegaram as partes, declarando que doravante **Francisalva Ribeiro dos Santos**, ficará com a guarda e responsabilidade do(a) menor: **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO** filho(a) de **Francisco Ribeiro dos Santos** (falecido) e **Tereza dos Santos Freitas** assumindo o ônus de bem educar, fornecendo-lhe, educação, saúde, segurança e alimentação indispensável ao seu bom desenvolvimento físico e intelectual. Com fundamento no art. 269 e incisos do Código de Processo Civil, julgo extinto o presente processo, com análise de mérito, determinando, em consequência o arquivamento dos autos. Sem custas, tendo em vista o disposto no § 1º, II, do art. 42-b do COJERR.

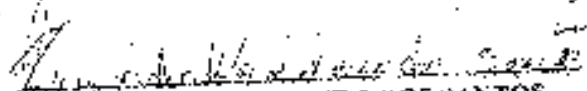
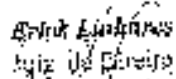
Erick Linhares  
Juiz de Direito

Promotor(a) de Justiça:

Defensor(a) Público(a):

Requerente 1:

Requerente 2:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|
| <br><b>PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA</b><br><b>VARA DA JUSTIÇA ITINERANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>CARTÓRIO DO</b><br><b>2º OFÍCIO</b><br><b>AUTENTICAÇÃO</b> |
| <b>TERMO DE GUARDA E RESPONSABILIDADE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                               |
| <b>ACÇÃO: GUARDA DE MENOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                               |
| <b>PROCESSO: 0010.11.014515-3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                               |
| <b>Comprometido(a): FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                               |
| <p>Aos seis dias do mês de junho de dois mil e onze, no município de Boa Vista/RR, no Estado de Roraima, no Juízo da Vara de Justiça Itinerante, onde se encontra o Excepcionalíssimo Senhor Erick Freitas - Juiz de Direito da Comarca, com a presença e comparecimento do(a) Sr(a) <b>FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS</b>, brasileira(a), solteira, natural empresária, RG 273643 SSP/RR e CPF 811.165.652-00, residente e domiciliada na Av. N. S. de Nazaré, 240 - Ass. Blaton, neste Capital, a quem foi deferida a <b>GUARDA E RESPONSABILIDADE</b> do(a) menor <b>RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO</b>, nascido(a) no dia 17 de fevereiro de 2006 (CN 59824, T.S.V. de A-09 do 2º. Ofício de Boa Vista/RR) filho(a) de Francisco Ribeiro dos Santos (falecido) e Fereza dos Santos Freitas, com a obrigação de prestar assistência material, moral e educacional à criança ou adolescente, conferindo ao seu detentor o direito de opor-se a terceiros, inclusive a mãe. Fica conferido, também, à criança ou adolescente a condição de dependente, para todos os fins e efeitos de direito, inclusive previdenciários. E, para constar, eu Ana Luiza Rodrigues Martinez (Secretária) e digital e Walerion Azevedo Tertulino (Escritão Substituto), mandou lavrar o presente Termo que vai assinado pelo MM. Juiz</p> |  |                                                               |
| <br><b>FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS</b><br>Comprometida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                               |
| <br><b>Erick Freitas</b><br>Juiz de Direito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                               |

**DANIEL**  
**MAQUINO**  
Escr. 1º do 2º Ofício de Boa Vista  
RG 144.273-3, N.º de João de 2019  
Consulou o(a) Sr(a) em 14/06/2019 em 14/06/2019  
RG 144.273-3, N.º de João de 2019  
Consulou o(a) Sr(a) em 14/06/2019 em 14/06/2019  
RG 144.273-3, N.º de João de 2019  
Consulou o(a) Sr(a) em 14/06/2019 em 14/06/2019

**ARMA DE MINISTRO - DPM**  
**CONTENDO NÃO UTILIZADO**  
  
**09 ABO 2019**  
  
**CE-TE-REGISTRADORA SA**  
**de 09/06/2019 14:04:00**

<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CNPJ/validar.asp>



Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
**027.546.252-83**

Nome  
**PICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**

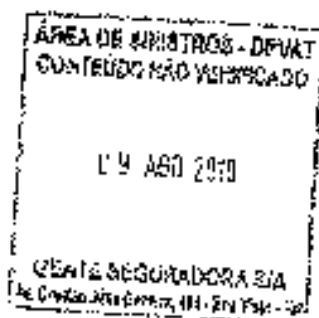
Nascimento  
**17/02/2006**

CODIGO DE CONTROLE  
**000160064A870588**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 11:37:47 do dia 24/07/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 03

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





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

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14551902



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

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Tutela não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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. 01509/01510 - carta\_03 - INVALIDEZ

00070755



Carta nº 14554410

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTBK 4SQ8L 3AL46 VQ67D





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, 16 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190417314**

**Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO**

**Data do Acidente: 16/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14715180

Pag. 00833/00834 - carta\_02 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTBK 4SQ8L 3AL46 VQ67D





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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14928519

Pag. 01325/01326 - carta\_04 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTBK 4SQ8L 3AL46 VQ67D



| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                               |                                                                                                      |                               |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3 - CPF da vítima:                            | 4 - Nome completo da vítima: <u>Rick Richard Kury F. Ribeiro</u>                                     |                               |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               |                                                                                                      |                               |
| 5 - Nome completo: <u>Francivalva Ribeiro dos Santos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               | 6 - CPF: <u>8M.163.652-00</u>                                                                        |                               |
| 7 - Profissão: <u>Autônoma</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 8 - Endereço: <u>Av. Nossa Sra. de Nazaré</u> | 9 - Número: <u>240</u>                                                                               | 10 - Complemento: <u>Casa</u> |
| 11 - Bairro: <u>Bar Branco</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 12 - Cidade: <u>Bar Vista</u>                 | 13 - Estado: <u>RR</u>                                                                               | 14 - CEP: <u>69.300-000</u>   |
| 15 - E-mail: <u>liderboavista.pendencia@oi.com</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               | 16 - Telefone: <u>(93) 99117-5392</u>                                                                |                               |
| 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: <u>Francivalva Ribeiro dos Santos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                               |                                                                                                      |                               |
| 18 - CPF do Representante Legal: <u>8M.163.652-00</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               | 19 - Profissão do Representante Legal: <u>Autônoma</u>                                               |                               |
| Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                               |                                                                                                      |                               |
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                                                                                                      |                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                               |                                                                                                      |                               |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               |                                                                                                      |                               |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                               |                                                                                                      |                               |
| <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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                               |                                                                                                      |                               |
| AGÊNCIA: <u>0653</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                               | CONTA: <u>143051</u>                                                                                 |                               |
| (Informar o dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                               | (Informar o dígito se existir)                                                                       |                               |
| <input type="checkbox"/> 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 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 type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                                                      |                               |
| <input checked="" 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 sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia confissão de culpa ou avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo. |                                               |                                                                                                      |                               |
| DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               |                                                                                                      |                               |
| 23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               | 24 - Data do óbito da vítima: _____                                                                  |                               |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               | 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não         |                               |
| 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                               | 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                   |                               |
| 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |                               |
| 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____                                         |                               |
| 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               | 34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado                                    |                               |
| 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.                                                                                                                                                                                             |                                               |                                                                                                      |                               |
| 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                               | 38 - 1ª   Nome: _____ CPF: _____                                                                     |                               |
| 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                               | Assinatura da testemunha                                                                             |                               |
| 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               | 39 - 2ª   Nome: _____ CPF: _____                                                                     |                               |
| Assinatura do Representante Legal (se houver)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               | Assinatura da testemunha                                                                             |                               |
| 40 - Local e Data, <u>Bar Vista, RR 05 de junho 2019</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               | 43 - Assinatura do Procurador (se houver)                                                            |                               |
| 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                               |                                                                                                      |                               |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
de indenização  
08 JUL 2019  
to pedido.  
para documentação  
seguradora S/A  
R. ... 444 - Boa Vista - RJ



# 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 AS: 31901417314 3 - CPF da vítima: 027.546.252-83 4 - Nome completo da vítima: Rick Richard Kury Freitas Ribeiro

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

5 - Nome completo: Rick Richard Kury Freitas Ribeiro 6 - CPF: 027.546.252-83  
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Av. Nossa Sra. de Nazaré 9 - Número: 240 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Casa Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300.000  
15 - E-mail: liderboavista.pendencia@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99117-5392

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: Francivalva Ribeiro dos Santos  
18 - CPF do Representante Legal: 811.163.652-00 19 - Profissão do Representante Legal: Autônoma

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0053 CONTA: 143051 6

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

22 - DECLARAÇÃO DE 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):

☐ 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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_  
30 - Vítima deixou 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 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, RR 24 de julho 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015590/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/05/2019 10:24 Data/Hora Fim: 27/05/2019 10:42  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 27/05/2019  
Delegado de Polícia: Glauber Carneiro Lorenzini

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 16/10/2018 21:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: nossa senhora de nazare

Bairro: Asa Branca

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Melo(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - São Geraldo do  
Profissão: Autônomo  
Nome da Mãe: Maria dos Anjos Ramalho Ribeiro

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Avenida Nossa Senhora de Nazaré  
Bairro: Asa Branca

Nº: 240

Nome Civil: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 14/10/2011  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Tereza dos Santos Freitas  
Nome do Pai: Francisco Ribeiro dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 027.546.252-83

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Avenida Nossa Senhora de Nazaré  
Bairro: Asa Branca

Nº: 240

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Glauber Carneiro Lorenzini  
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo  
Data de Impressão: 27/05/2019 10:47  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015590/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                         |                                                  |
|-------------------------|--------------------------------------------------|
| Grupo Veículo           | Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon |
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade 1 Unidade                             |
| Situação Envolvido      |                                                  |
| Nome Envolvido          | Envolvimentos                                    |
| Desconhecido 1          | Possuidor                                        |

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada informa que o seu filho adotivo conduzia a sua bicicleta e quando foi atravessar a referida avenida um veículo desconhecido o atropelou. Tal atropelamento causou algumas lesões corporais em seu filho, pois fraturou os dois braços. Após o acidente o condutor do automóvel fugiu do local sem prestar socorro. A vítima foi socorrida pelos vizinhos e foi levado por sua mãe para o Hospital Santo Antonio. A PM não compareceu no local do acidente. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT.

ASSINATURAS



*Francivaldo Ribeiro dos Santos*  
Francivaldo Ribeiro dos Santos  
(Comunicante)

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

MAT: 42000 787



Delegado de Polícia Civil: Glauber Carneiro Lorenzini  
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo  
Data de Impressão: 27/05/2019 10:47  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

TESTEEM: VHS

| LIDER                                                                                                                                                                                                                                                          |  | PEDIDO DO SEGURO DPVAT                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|
| Localização (cep) de cobertura: <input type="checkbox"/> DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE                                                         |  |                                                 |  |
| Número do seguro: 34901447314                                                                                                                                                                                                                                  |  | CPF do segurado: 027.546.252.83                 |  |
| Nome completo da vítima: Rick Richard Kury Freitas Ribeiro                                                                                                                                                                                                     |  |                                                 |  |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA ANUAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2002                                                                                                                       |  |                                                 |  |
| 5 - Nome completo: Rick Richard Kury Freitas Ribeiro                                                                                                                                                                                                           |  |                                                 |  |
| 6 - CPF: 027.546.252.83                                                                                                                                                                                                                                        |  | 7 - Data de nascimento: 24/06/1970              |  |
| 8 - Estado: RJ                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 9 - Cidade: Bacia                               |  |
| 10 - Endereço: Rua Maria da Nazaré                                                                                                                                                                                                                             |  | 11 - CEP: 24000-000                             |  |
| 12 - Telefone: (21) 3441.5392                                                                                                                                                                                                                                  |  | 13 - E-mail: rick@outlook.com                   |  |
| DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 17 ANOS OU ACAPAZ COM CURADOR                                                                                                                                     |  |                                                 |  |
| 14 - Nome completo do representante legal: Francisca da Silva Ribeiro dos Santos                                                                                                                                                                               |  |                                                 |  |
| 15 - CPF do representante legal: 044.163.652-00                                                                                                                                                                                                                |  | 16 - Profissão do representante legal: Autônoma |  |
| 17 - Endereço do representante legal: Rua Maria da Nazaré, 240 - Bacia - RJ                                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 18 - Telefone do representante legal: (21) 3441.5392                                                                                                                                                                                                           |  |                                                 |  |
| 19 - Declaração do representante legal: Autônoma                                                                                                                                                                                                               |  |                                                 |  |
| 20 - Renda anual do titular da cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> R\$ 0,00 a R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 a R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.001,00 |  |                                                 |  |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA IMOBILIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONTAS CORRENTES                                                  |  |                                                 |  |
| 22 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE                                                                                                                                                     |  |                                                 |  |
| 23 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 24 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 25 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 26 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 27 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 28 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 29 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 30 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 31 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 32 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 33 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 34 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 35 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 36 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 37 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 38 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 39 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 40 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 41 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 42 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 43 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 44 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 45 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 46 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 47 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 48 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 49 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 50 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 51 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 52 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 53 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 54 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 55 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 56 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 57 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 58 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 59 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 60 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 61 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 62 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 63 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 64 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 65 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 66 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 67 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 68 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 69 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 70 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 71 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 72 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 73 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 74 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 75 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 76 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 77 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 78 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 79 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 80 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 81 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 82 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 83 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 84 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 85 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 86 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 87 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 88 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 89 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 90 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 91 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 92 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 93 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 94 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 95 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 96 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 97 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 98 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 99 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                    |  |                                                 |  |
| 100 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE                                                                                                                                                                   |  |                                                 |  |



Ficha de Atendimento  
URGENCIA/EMERGENCIA  
Cor Classificação: LARANJA

Usuário do Cad.: ANTONIO.REIS  
98835

Senha: UE0313

ATO DECLARATORIO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2006 Idade: 12 Anos / 7 Meses / 29 Dias  
Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO  
Sexo: MASCULINO  
Endereço: AV NOSSA SENHORA DE NAZARE Naturalidade:  
Bairro: ASA BRANCA  
CEP: 69309000 Cidade: BOA VISTA  
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone:  
Nome da Mãe: TERESA CNS: 703608087233232

Número: 240

DADOS DO RESPONSÁVEL

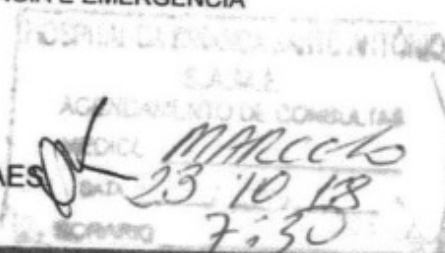
Responsável: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS  
Identidade: Parentesco: TIO (A) Fone:  
CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 98835 Data Atendimento: 16/10/2018 21:45:21 Data Classificação: 16/10/2018 21:45  
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: UE || URGENCIA E EMERGENCIA  
Local de Procedência: DOMICILIO  
Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO

Observação:

Peso: 44.3 KG Temp.: 36 Usuário triagem: AILTON DOS REIS MORAES



ANAMNESE/HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Bezo do corno e olho cl Ra arduamente  
Furto no Roda e Ultra D. , Rosto do bço E.  
Após acidente (atropelamento cl corno) Ra arduamente  
O dor no nariz:  
Um caso exatidão de trauma e queda  
Expos: arduamente.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

EXAMES SOLICITADOS:

Usa Artropodista (Profuno)

GENTE SEGURADORA S/A

CONDIÇÃO:

A Selo do Quotiano (Lado cl sono e ulouar  
Suficiente de posto  
ou Jado.)

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

**CAERR**  
CNPJ: 08.928.487/0001-10  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 30.995.426-3  
RUA MELVIN JONES, 316 - SÃO PEDRO - CEP. 65.308-010

Atendimento  
**CAERR**  
0800 280 9520  
www.caerr.com.br

Matricula: **206067** Maio/2019

**Dados do Cliente:**  
Endereço para entrega:  
FRANCINALVA RIBEIRO DOS SANTOS  
AV NOSSA SENHORA DE NAZARE, 240 - ASA BR  
ANEXO BOM VISTA BR-69300-000

Inscrição: **001.012.099.0061.000** Rota: **9** Seq.Rota: **5274** Quantidade de Economias: **1**  
Hidrometro: **Y11B007026** Data de Instalação: **19/06/2012** Situação Água: **RESIDENCIAL** Situação Esgoto: **CORTADO**

| ANTERIOR                          | ATUAL | CONSUMO (m3) | POTENCIAL | NUM DE DIAS |
|-----------------------------------|-------|--------------|-----------|-------------|
| LEITURA FAT. 1467                 | 1477  | 10           |           | 34          |
| LEITURA INF.                      |       |              |           |             |
| DT. LEITURA 16/04/2019 20/05/2019 |       |              |           |             |

**ULTIMOS CONSUMOS**

| PERÍODO | CONSUMO (m3) |
|---------|--------------|
| 201904  | 10-14        |
| 201903  | 10-14        |
| 201902  | 0-32         |
| 201901  | 0-0          |
| 201812  | 0-0          |
| 201811  | 0-0          |
| MEDIA   | 3            |

**Quantidade de Água Distribuída ao Consumidor**  
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição  
DECRETO FEDERAL N.º 6440 / 2005 G.M.

| AMOSTRAS   | CLORO | TURBIDEZ | ODR | C.TOTALIS | S.COL. |
|------------|-------|----------|-----|-----------|--------|
| EXIGIDAS   | 198   | 198      | 198 | 198       | 198    |
| ANALISADAS | 204   | 204      | 204 | 204       | 204    |
| CONFORMES  | 204   | 204      | 204 | 204       | 204    |

**DESCRIÇÃO**

| DESCRIÇÃO                      | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|--------------------------------|---------|------------|
| AGUA                           |         |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)       |         |            |
| CONSUMO DE AGUA                | 10 M3   | 23,83      |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019 |         | 0,47       |

VENCIMENTO: **15/06/2019** TOTAL A PAGAR: **24,30**

AVISO: EM 30/04/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

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



| MATRICULA | REFERENCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 206067    | 05/2019    | 15/06/2019 | 24,30         |



Via do Cliente

Via do CAER

**CAERR**  
CNPJ: 08.928.487/0001-10  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 30.995.426-3  
RUA MELVIN JONES, 316 - SÃO PEDRO - CEP. 65.308-010

Atendimento  
**CAERR**  
0800 280 9520  
www.caerr.com.br

Matricula: **206067** Maio/2019

**Dados do Cliente:**  
Endereço para entrega:  
FRANCINALVA RIBEIRO DOS SANTOS  
AV NOSSA SENHORA DE NAZARE, 240 - ASA BR  
ANEXO BOM VISTA BR 69300-000

Inscrição: **001.012.099.0061.000** Rota: **9** Seq.Rota: **5274** Quantidade de Economias: **1**  
Hidrometro: **Y11B007026** Data de Instalação: **19/06/2012** Situação Água: **RESIDENCIAL** Situação Esgoto: **CORTADO**

| ANTERIOR                          | ATUAL | CONSUMO (m3) | POTENCIAL | NUM DE DIAS |
|-----------------------------------|-------|--------------|-----------|-------------|
| LEITURA FAT. 1467                 | 1477  | 10           |           | 34          |
| LEITURA INF.                      |       |              |           |             |
| DT. LEITURA 16/04/2019 20/05/2019 |       |              |           |             |

**ULTIMOS CONSUMOS**

| PERÍODO | CONSUMO (m3) |
|---------|--------------|
| 201904  | 10-14        |
| 201903  | 10-14        |
| 201902  | 0-32         |
| 201901  | 0-0          |
| 201812  | 0-0          |
| 201811  | 0-0          |
| MEDIA   | 3            |

**Quantidade de Água Distribuída ao Consumidor**  
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição  
DECRETO FEDERAL N.º 6440 / 2005 G.M.

| AMOSTRAS   | CLORO | TURBIDEZ | ODR | C.TOTALIS | S.COLI |
|------------|-------|----------|-----|-----------|--------|
| EXIGIDAS   | 198   | 198      | 198 | 198       | 198    |
| ANALISADAS | 204   | 204      | 204 | 204       | 204    |
| CONFORMES  | 204   | 204      | 204 | 204       | 204    |

**DESCRIÇÃO**

| DESCRIÇÃO                      | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|--------------------------------|---------|------------|
| AGUA                           |         |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)       |         |            |
| CONSUMO DE AGUA                | 10 M3   | 23,83      |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019 |         | 0,47       |

VENCIMENTO: **15/06/2019** TOTAL A PAGAR: **24,30**

AVISO: EM 30/04/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

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



| MATRICULA | REFERENCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 206067    | 05/2019    | 15/06/2019 | 24,30         |



Via do Cliente

Via da CAERR



Para contato conosco informe este número



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. 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 003121638

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

| CONTA MÊS  | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JUNHO/2019 | 11/07/2019 | 705           | 579,07              |

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO  
AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 02 LIBERDADE  
CPF: 00024172596215  
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.02.027408

| DADOS DA LEITURA            |       | DATA DA LEITURA             |
|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| Atual:                      | 41300 | 24/06/2019                  |
| Anterior:                   | 40595 | 27/05/2019                  |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: 24/07/2019 |
| Consumo Medido:             | 705   | Emissão: 19/06/2019         |
| Consumo Faturado:           | 705   | Apresentação: 24/06/2019    |
| NORMAL                      |       | 28                          |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA               |         |                              |         |             |                |
|--------------------------------------------|---------|------------------------------|---------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse                           | Ligação | Número Medidor               | Poste   | Código Fat. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL                                | BI      | 11EDB04342 N                 | 1525102 | 1.1.1.2     | 916            |
| HISTÓRICO kWh                              |         | DESCRIÇÃO DA CONTA           |         |             |                |
| Mês/ano consumo                            |         | CONSUMO 705 A R\$ 0,773664 = |         | 545,43      |                |
| MAR/19                                     | 903     | ILUMINACAO PUBLICA           |         | 33,64       |                |
| ABR/19                                     | 1051    |                              |         |             |                |
| MAR/19                                     | 903     |                              |         |             |                |
| FEV/19                                     | 1039    |                              |         |             |                |
| JAN/19                                     | 816     |                              |         |             |                |
| DEZ/18                                     | 893     |                              |         |             |                |
| NOV/18                                     | 1035    |                              |         |             |                |
| OUT/18                                     | 1086    |                              |         |             |                |
| SET/18                                     | 823     |                              |         |             |                |
| AGO/18                                     | 955     |                              |         |             |                |
| TARIFA SEM TRIBUTOS:<br>0 A 705 - 0,634620 |         |                              |         |             |                |

### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora solicita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 29/07/2019, em função das contas reavistadas nesta fatura. O não pagamento poderia ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavistada(s) no valor de R\$ 885,79 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 4CAD.F901.9153.C487.3F30.E303.A9CD.F457

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |        | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|--------|-------------------------|--------|
| Distribuição:             | 138,49 | Base de Cálculo:        | 545,43 |
| Energia:                  | 293,68 | Alíquota ICMS:          | 17,00% |
| Transmissão:              | 0,00   | Valor do ICMS:          | 92,72  |
| Encargos:                 | 15,25  | Valor do PIS:           | 0,93   |
| Tributos:                 | 98,01  | Valor do COFINS:        | 4,36   |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |       |        |       |         |       |        |       |
|-----------------------------|-------|--------|-------|---------|-------|--------|-------|
| Índice                      | Valor | Índice | Valor | Índice  | Valor | Índice | Valor |
| 9,24                        | 18,49 | 36,99  | 8,46  | 16,52   | 33,84 | 4,99   |       |
| 0,00                        |       |        | 0,00  |         |       | 0,00   |       |
| FLORESTA                    |       |        |       | 04/2019 |       | 344,83 |       |

ROT: 5.001.12.02.027408



SEU CÓDIGO

0102074-9

TOTAL A PAGAR - R\$

579,07

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
08 JUL 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Boa Vista - RR



Para contato conosco informe este número



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. 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 003121638

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

| CONTA MÊS  | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JUNHO/2019 | 11/07/2019 | 705           | 579,07              |

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO  
AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 02 LIBERDADE  
CPF: 00024172596215  
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.02.027408

| DADOS DA LEITURA            |       | DATA DA LEITURA             |
|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| Atual:                      | 41300 | 24/06/2019                  |
| Anterior:                   | 40595 | 27/05/2019                  |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: 24/07/2019 |
| Consumo Medido:             | 705   | Emissão: 19/06/2019         |
| Consumo Faturado:           | 705   | Apresentação: 24/06/2019    |
| NORMAL                      |       | 28                          |

| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Poste   | Código Fat. | Média 12 meses |
|------------------|---------|----------------|---------|-------------|----------------|
| RESIDENCIAL      | BI      | 11EDB04342 N   | 1525102 | 1.1.1.2     | 916            |

| HISTÓRICO kWh        | DESCRIÇÃO DA CONTA                  |
|----------------------|-------------------------------------|
| Mês/ano consumo      |                                     |
| MAR/19 881           | CONSUMO 705 A R\$ 0,773664 = 545,43 |
| ABR/19 1051          | ILUMINACAO PUBLICA 33,64            |
| MAR/19 903           |                                     |
| FEV/19 1039          |                                     |
| JAN/19 816           |                                     |
| DEZ/18 893           |                                     |
| NOV/18 1035          |                                     |
| OUT/18 1086          |                                     |
| SET/18 823           |                                     |
| AGO/18 955           |                                     |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: |                                     |
| 0 A 705 - 0,634620   |                                     |

#### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora solicita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 29/07/2019, em função das contas reaviscadas nesta fatura. O não pagamento poderia ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reaviscada(s) no valor de R\$ 885,79 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 4CAD.F901.9153.C487.3F30.E303.A9CD.F457

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |        | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|--------|-------------------------|--------|
| Distribuição:             | 138,49 | Base de Cálculo:        | 545,43 |
| Energia:                  | 293,68 | Alíquota ICMS:          | 17,00% |
| Transmissão:              | 0,00   | Valor do ICMS:          | 92,72  |
| Encargos:                 | 15,25  | Valor do PIS:           | 0,93   |
| Tributos:                 | 98,01  | Valor do COFINS:        | 4,36   |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |       |       |      |         |       |        |  |
|-----------------------------|-------|-------|------|---------|-------|--------|--|
|                             |       |       |      |         |       |        |  |
| 9,24                        | 18,49 | 36,99 | 8,46 | 16,92   | 33,84 | 4,99   |  |
| 0,00                        |       |       | 0,00 |         |       | 0,00   |  |
| FLORESTA                    |       |       |      | 04/2019 |       | 344,83 |  |

ROT: 5.001.12.02.027408



SEU CÓDIGO

0102074-9

TOTAL A PAGAR - R\$

579,07

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
08 JUL 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Boa Vista - RR



## 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 RESSEGURO. <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 Denilze Correa Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francivalva Ribeiro dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 811.163.653 00,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rick Ricard Kevay F. Ribeiro

inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                                    |                          |                                  |
|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Endereço: <u>Av. General Ataíde Teive</u>          | Número: <u>2448</u>      | Complemento: <u>02</u>           |
| Bairro: <u>Liberdade</u>                           | Cidade: <u>Boa Vista</u> | Estado: <u>RR</u>                |
| E-mail: <u>liderboavista.pendencia@hufmail.com</u> | CEP: <u>69.309-000</u>   | Tel.(DDD): <u>(95)99117-5392</u> |

Local e Data: Boa Vista - RR 13 de junho 2019

Denilze Correa Dantas  
Assinatura do Declarante





## 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/BIBLIOTECASWEB/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 RESSEGURO. <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

*Denilze Correia Dantas*

inscrito (a) no CPF/CNPJ *792.657.152*, *00*

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

*Francivalva Ribeiro dos Santos*

inscrito (a) no CPF sob o Nº *811.163.652*, *00*

do sinistro de DPVAT cobertura *Invalidez*

da Vítima *Rick Ricardo Kevy F. Ribeiro*

inscrito (a) no CPF sob o Nº *027.546.252*, *83*

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

*Av. General Ataíde Teive*

Número:

*2748*

Complemento:

*02*

Bairro:

*Liberdade*

Cidade:

*Boa Vista*

Estado:

*RR*

CPF:

*69.309.000*

E-mail:

*liderboavista.pendencia@hotmail.com*

Tel (DDD):

*(95)99117.5392*

Local e Data:

*Boa Vista em 13 de junho 2019*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

*Denilze Correia Dantas*

Assinatura do Declarante

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

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



## 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 RESSEGURO. <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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francivalva Ribeiro dos Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 811.163.652, 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rick Richard Kury F. Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 027-546.252 83

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rick Richard Kury F. Ribeiro

inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.546.252, 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|           |                                           |         |                  |              |                        |
|-----------|-------------------------------------------|---------|------------------|--------------|------------------------|
| Endereço: | <u>Av. Nossa Mãe de Nazaré</u>            | Número: | <u>240</u>       | Complemento: | <u>Casa</u>            |
| Bairro:   | <u>Mãe Branca</u>                         | Cidade: | <u>Boa Vista</u> | Estado:      | <u>RE</u>              |
| E-mail:   | <u>lidurboavista.pendencia@bomail.com</u> |         |                  | CEP:         | <u>69.300.000</u>      |
|           |                                           |         |                  | Tel. (DDD):  | <u>(45) 99117-5392</u> |

Local e Data: Boa Vista - RE 04 de junho 2019

Francivalva Ribeiro dos Santos  
Assinatura do Declarante





Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA  
Hospital da Criança Santo Antônio



## PRONTUÁRIO

# 94468



LEGA DE CAMETROZ - DPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
08 JUL 2019  
CENTRO DE REGISTRO DA OMS  
14, Centro Administrativo, Av. das Américas, 133

Data do Cadastro: 06/06/2011

Cartão SUS:

705608087233232

Data Nascimento:

17/02/2008

Sexo:

MASCULINO

Nome:

RICK RICHAD KEVY FREITAS RIBEIRO

Mãe:

TEREZA DOS SANTOS FREITAS

NID - Índice de Inclusão Digital: 02015

Sistema de Gestão de Saúde Simplificado - SGS





Ficha de Atendimento  
URGENCIA/EMERGENCIA  
Cor Classificação: LARANJA  
Santo Antônio



Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2008 Idade: 12 Anos / 7 Meses / 29 Dias  
Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO  
Sexo: MASCULINO  
Endereço: AV. NOSSA SENHORA DE NAZARE Naturalidade:  
Bairro: ASA BRANCA Número: 240  
CEP: 69809000 Cidade: BOA VISTA  
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone:  
Nome da Mãe: TERESA CNB: 703608087233232

Responsável: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS Parentesco: TIO (A) Fone:  
Identidade: CPF:

Atendimento: 98835 Data Atendimento: 16/10/2018 21:45:21 Data Classificação: 16/10/2018 21:45  
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: UE II URGENCIA E EMERGENCIA  
Local de Procedência: DOMICILIO  
Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO

Observação:

Peso: 40.3 KG Temp.: 36 Usuário triagem: AILTON DOS REIS MORAES

16/10/18  
21:45  
7.30

Dois dias antes do acidente (16/10/2018) o paciente apresentava  
fractura na perna e ulna D. e fratura da perna e  
dois acidentes (atropelamento e casa) recentemente  
o pai no acidente:  
com uma escada de madeira e queda  
aprox. 1,5 metros.

ÁREA DE SINISTROS - DPA  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Uso Autoprotetor (fratura)

GENTE SEGURADORA S/A  
Rua Costa, 100 - Centro - Boa Vista - PA

Assinatura e Carimbo do Médico  
Assinatura do Paciente/Responsável

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------|
| <br><b>PREFEITURA<br/>BOA VISTA</b><br><b>SECRETARIA</b><br><b>MUNICIPAL DE SAÚDE</b><br><b>HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO</b><br><b>SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA</b> | <b>GUIA DE ATENDIMENTO<br/>AMBULATORIAL</b> | <b>SUS</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------|

| <u>SAME</u>           | <u>TRIAGEM</u>  |
|-----------------------|-----------------|
| Prontuário nº:        | Peso:           |
| Livro do Registro nº: | Idade:          |
| Hora Chegada:         | Estatura: P.C.: |

Data: 23 /OUTUBRO/2018. Hora de Atendimento: \_\_\_\_\_

Especialidade: atop. alérgica Indígena: Sim ( ) Não ( )

Nome da Criança: rick reuy freitas ribeiro

Data de Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo Masc. ( ) Fem. ( )

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Queixa Principal: \_\_\_\_\_

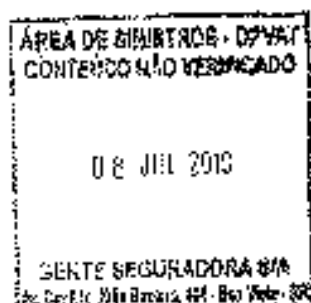
H.D.A.: \_\_\_\_\_

Exame Físico: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Exames Solicitados: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_





Ficha de Atendimento  
AMBULATORIAL

Data de Emissão: 30/05/2018 15:21  
Unidade de Cód.: MARIA AVELINO  
46079

Prontuário: 10721 Data Nascimento: 17/02/2006

Idade: 12 Anos / 3 Meses / 13 Dias

Nome do Paciente: RICK KEVY FREITAS RIBEIRO

Sexo: MASCULINO

Endereço: R DE 1440/1441 A 3998/3999 GENERAL ATAIDE TL Naturalidade:

Número: 0

Bairro: LIBERDADE

CEP: 69308000

Nacionalidade:

Nome da Mãe: FRANCISALVA RIBEIRO SANTOS

Cidade: BOA VISTA

Telefone:

CNS: 703608087230232

Responsável:

Identidade:

Endereço:

Complemento:

Parentesco:

CPF:

Número: 0

CEP:

Fone:

LEV

Atendimento: 46079

Data: 30/05/2018 15:18:24

Nome do Médico: HAROLDO WILSON MOREIRA DA SILVA

Especialidade: NEUROLOGIA

Tipo: PRIMEIRA CONSULTA

Peso: 11,00 Altura:

- DESMIDO JA ESCOLA - 3 MESES  
- CEFALALGIA FREQUENTE  
- HEM - C E  
- Parestia  
- NED TCE GRAVE  
- T CONUSCU  
EXAME FÍSICO

CO. BC

ÁREA DE MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

06 JUN 2019

GENE SEGURADORA S/A

## Santo Antônio

**Ficha de Atendimento**  
**AMBULATORIAL**

Univru do tag.: MAREK GLAMA



117872

Prontuário: 1922+

**Data Nascimento:** 17/02/2008

Idade: 12 Anos / 9 Meses / 24 Dias

**Nome do Paciente:** RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO

Sexo: MASCULINO

**Endereço:** AVENIDA NOSSA SENHORA DE NAZARE DE CIMA **Naturalidade:** BOA VISTA

Barro: ASA BRANCA

CEP: 69312505

Número: 249

**Nacionalidade:**

Cidade: BOA VISTA

**Nome da Mãe:** TEREZA DOS SANTOS FREITAS

**Telephone:**

CN5: 7036081187239232

**Responsiv:**

Parentesco:

**Fone:**

Identidade:

**GPF:**

**Endereço;**

Número: 0

**Complementos:**

CEP:

Atendimiento: 117872

Date: 11/12/2018 07:14:21

**Nome do Médico:** MARCELO HENRIQUE DE SA ARRUDA

**Especialidade:** ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**Tipo:** CONSULTA DE RETORNO

**Reso:**

**Alupur:**

Jen Mitas  
Lyn Wells LWA Bikerider

Mr. Zepher Berto  
Rt 6 Box 151  
El

Dr. Marcelo Arturo  
Rodriguez Rodriguez  
2013-10-15

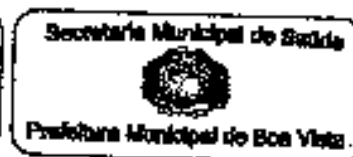
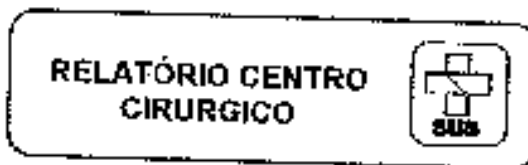
ÁREA DE SINISTROS - C/PAT  
CONTENDO MÃO VISTA C/DO

32 JUL 29 19

GEANTE SEGURADORA S/A  
Av. Capote João Batista, 484 - Boa Vista, RP

**മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന കാര്യം**

**Assignment in Donor/Recipient**



**BOLETIM OPERATÓRIO**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ O.S. \_\_\_\_

Diagnóstico Pré-Operatório \_\_\_\_\_

Indicação Terapêutica \_\_\_\_\_

Tipo de intervenção \_\_\_\_\_

Medicações e Acidentes \_\_\_\_\_

|                 |             |         |
|-----------------|-------------|---------|
| Cirurgião       | 1º Auxiliar |         |
| Instrumentadora |             |         |
| Anestesistas    |             |         |
| Anestesia       |             |         |
| Início          | Fim         | Duração |

**RELATÓRIO CIRÚRGICO**

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTÊINER NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENE SEGURADORA S/A  
Av. Cap. João Buarque, 142 - Boa Vista - RJ

Data \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_



Ficha de Atendimento  
AMBULATORIAL

Data de Emissão: 30/04/2019 08:29  
Quanto do Cód.: MARVALDETO  
165333

Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2008  
Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO  
Sexo: MASCULINO  
Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DE NAZARE DE 01 A  
Bairro: ASA BRANCA  
CEP: 68312305  
Nacionalidade:  
Nome da Mãe: TEREZA DOS SANTOS FREITAS

Idade: 13 Anos / 2 Meses / 13 Dias

Naturalidade: BOA VISTA  
Número: 240  
Cidade: BOA VISTA  
Telefone:  
CNS: 703608087233232

Responsável:  
Identidade:  
Endereço:  
Complemento:

Parentesco:  
CPF:  
Número: 0  
CEP:

Fonte:

Atendimento: 165333

Nome do Médico: MARCELO HENRIQUE DE SA ARRUDA  
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data: 30/04/2019 07:22:57

Tipo: CONSULTA DE RETORNO

Peso: Altura:

ÁREA DE REGISTROS - DPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Baptista, 460 - Boa Vista - RS

SEM RIGIDIDADE  
SEM MÚSCULOS INFLAMATÓRIOS  
SEM RT CONTROLE COM CONSULTA CX, RCP  
OK.  
RICK, RCP 06/07/2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável



Ficha de Atendimento  
AMBULATORIAL

Usuário do Cad.: MADMALVINA  
103376

Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2006 Idade: 12 Anos / 8 Meses / 13 Dias  
Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO  
Sexo: MASCULINO  
Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DE NAZARE DE 01 A Naturalidade: Número: 240  
Bairro: ASA BRANCA  
CEP: 69312305 Cidade: BOA VISTA  
Nacionalidade: Telefone:  
Nome da Mãe: TEREZA DOS SANTOS FREITAS CNS: 703608087233232

Responsável: Parentesco: Fone:  
Identidade: CPF:  
Endereço: Número: 0  
Complemento: CEP:

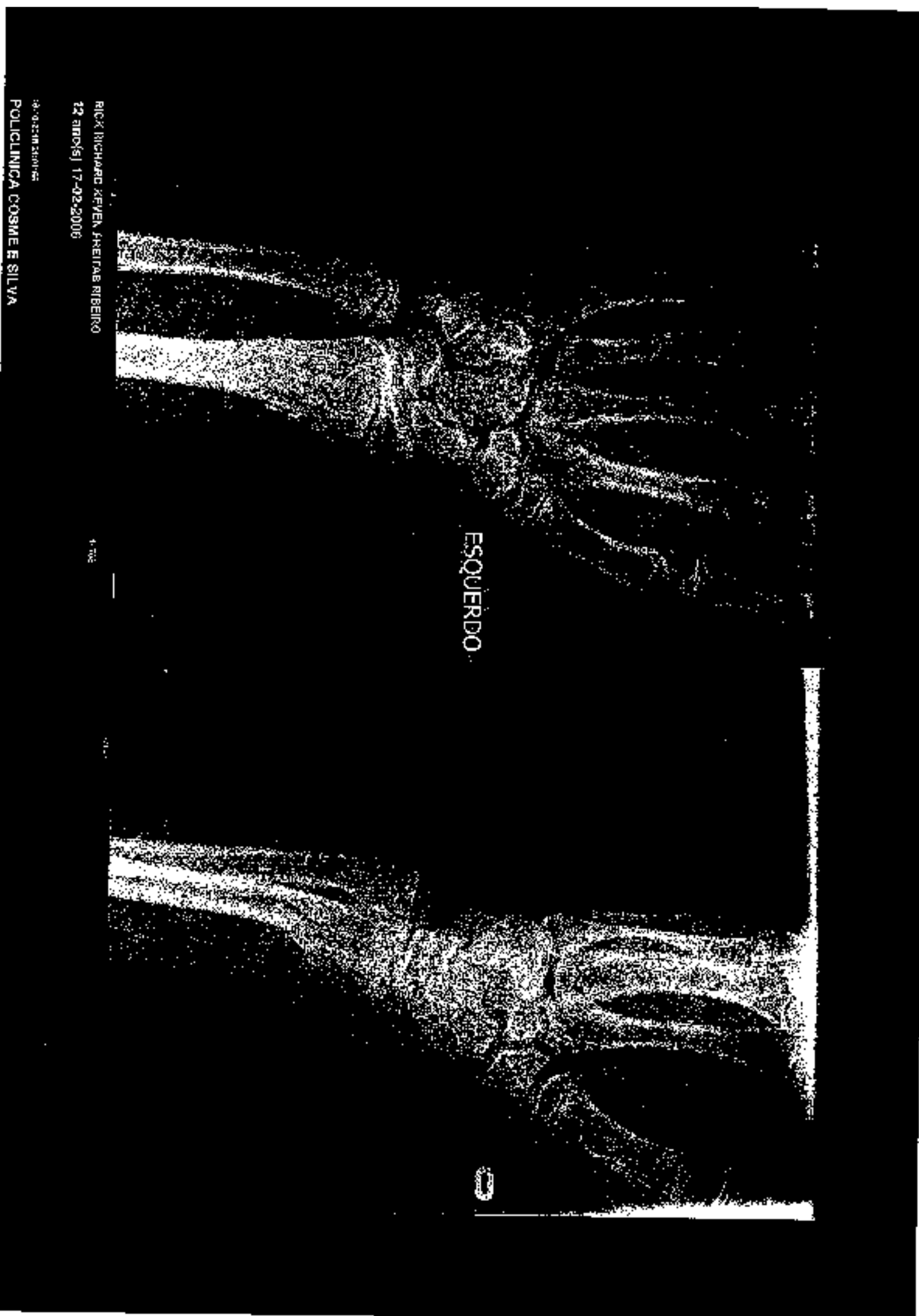
Atendimento: 103376 Data: 30/10/2018 07 14:28  
Nome do Médico: MARCELO HENRIQUE DE SA ARRUDA  
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Tipo: CONSULTA DE RETORNO  
Peso: Altura:

sem dor, com tipo axila-parma  
31/10/2018.  
12 controle ok, 12 e 14/10/2018.  
10 e 12 de 01 semana.

ÁREA DE SINISTROS - OPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
08 JUL 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável



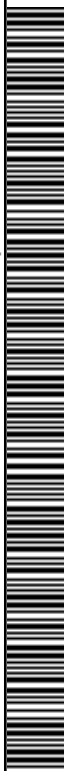
DIREITO

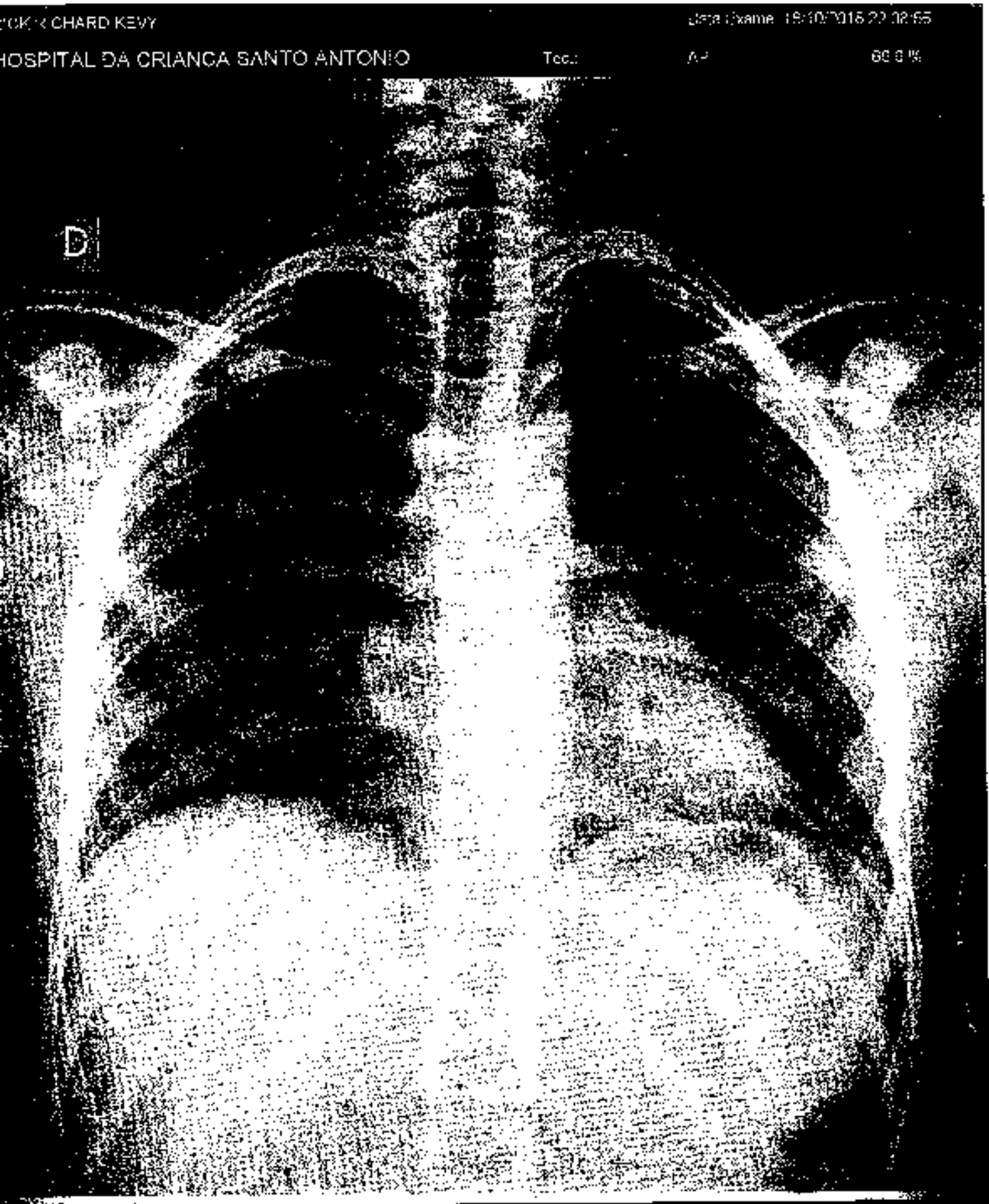
CK RICHARD KEVEN FREITAS SILVA (R)

ano(s) 17-02-2006

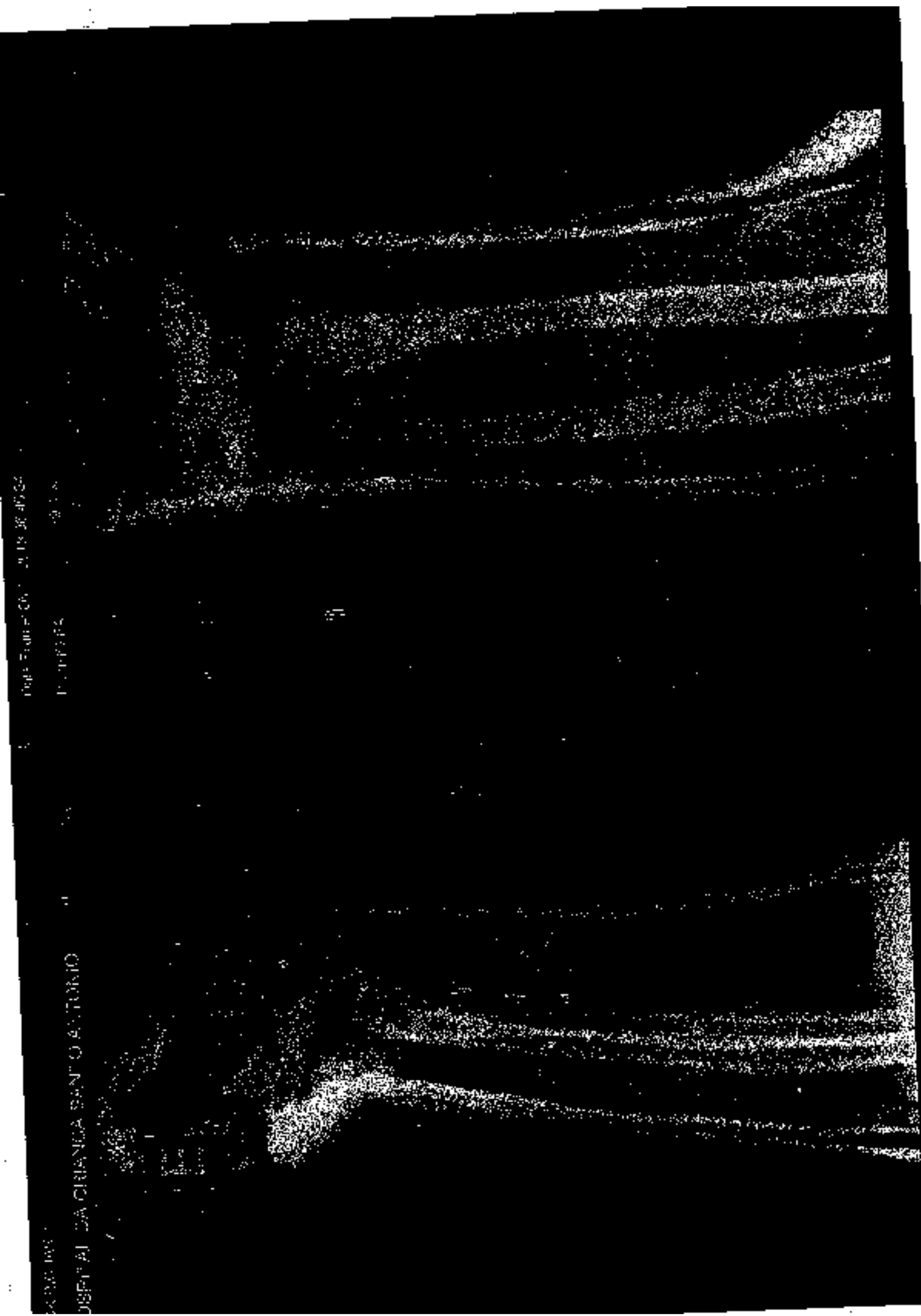
01/08/2011

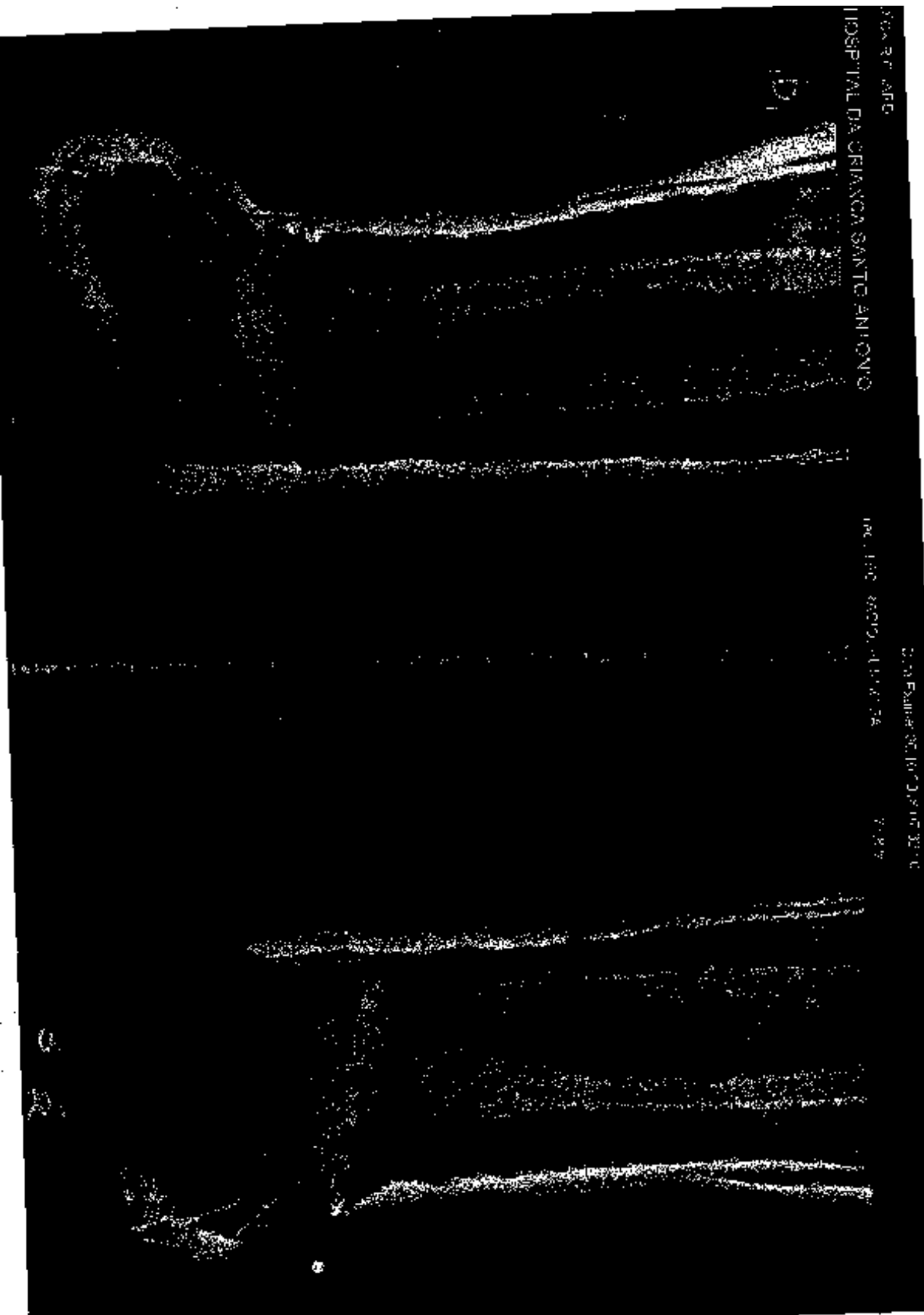
OLICLINICA COSME E SILVA













Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTBK 4SQ8L 3AL46 VQ67D





ESTADO DE RORAIMA  
PODER JUDICIÁRIO  
**SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS**  
**TABELIONATO DO 2º OFÍCIO**  
Wagner Mendes Coelho  
Tabelião  
José Coelho de Souza Neto  
Substituto  
Av. Ataíde Teive, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 3625 5808  
Boa Vista - Roraima

### **CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

Certifico que no Livro Nº. **A-99** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **5-V**, sob o Nº. **59824**, está Registrado o assento de **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**, do sexo **M**, nascido(a) no dia **dezessete de fevereiro de dois mil e seis às 02:44**, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, em Boa Vista-RR, filho(a) de **FRANCISCO RIBEIRO DOS SANTOS** e **TEREZA DOS SANTOS FREITAS**, avós paternos: **Francisco Jorge dos Santos** e **Maria dos Anjos Ramiro Ribeiro**, e avós maternos: **Julio Carlos de Freitas** e **Maria dos Santos Freitas**.

O registro foi efetuado no dia **18 de agosto de 2006**

Foi declarante: o pai

Observação: 1ª Via

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 18 de agosto de 2006

\_\_\_\_\_  
Oficial



**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

|                |                                                               |                                                                       |            |
|----------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| REGISTRO GERAL | 273815                                                        | DATA DE EXPEDIÇÃO                                                     | 26/11/2007 |
| NOME           | <b>FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS</b>                         |                                                                       |            |
| FILIAÇÃO       | FRANCISCO JORGE DOS SANTOS<br>MARIA DOS ANJOS RAMALHO RIBEIRO |                                                                       |            |
| NATURALIDADE   | SÃO GERALDO DO ARAUÁ - PA                                     | DATA DE NASCIMENTO                                                    | 06/02/1962 |
| DOC ORIGEM     | CERTO NASC 49.476 FLS 108-V LTV 2-66<br>BOA VISTA - RR        |                                                                       |            |
| CPF            | 811.143.652-00                                                | <i>Pelle</i><br>Rita de Cássia Clotilde de Araújo<br>Diretora do ZIOC |            |
| 2 VIA          | LEINº 7.118 DE 29/08/83                                       |                                                                       |            |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

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

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**ESTADO DE RORAIMA**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

**Pelegar Ultravioleta**

*Francidalva Ribeiro dos Santos*  
ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

905314502

NOME  
DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA/IF  
3142655 SSP RR

CPF  
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO  
08/03/1979

FILIAÇÃO  
JOSE DE SOUZA CORREA  
EVANGELINA LOBATO DA  
SILVA

PERMISSÃO  
[ ]

ACC  
[ ]

CAT. HAB.  
E

Nº REGISTRO  
94953412311

VALIDADE  
20/08/2019

1ª HABILITAÇÃO  
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

*Denilze Correa Dantas*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
25/08/2014

59564648026  
RR207683212

*Denilson Dantas Santos*  
Diretor - Presidente  
DETRAN RR  
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190417314

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

**Data do acidente:** 16/10/2018

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME, MEMBROS SEM ALTERAÇÃO ANATÔMICA, SEM ALTERAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES E SEM COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA NOS DOIS ANTEBRAÇOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 22/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** NÃO HÁ SEQUELA A SE INDENIZAR.

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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |



Presidência da República  
Secretaria de Micro e Pequena Empresa  
Secretaria de Racionalização e Simplificação  
Departamento de Registro Empresarial e Integração  
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

NIRE (DA SEDE OU DA FILIAL QUANDO A SEDE FOR EM OUTRA UF)

33.3.0028479-6

Type: 

**Sociedade anônima**

### Don't be Entrepreneurial

Normal

### NO An Dentonin

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

**JUCERJA**

Último Arquivamento:

00003131301 - 18/12/2017

NIRE: 33.3.0026479-6

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Boletim(s): 102595004

Hash: ECC52023-073D-4232-B033-7CC99430A908

| Órgão | Calculado | Pago   |
|-------|-----------|--------|
| Junta | 570,00    | 570,00 |
| DREI  | 21,00     | 21,00  |

**REQUERIMIENTO**

Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

[illegible]

## Representante legal da empresa

|       |                      |                                                                                     |
|-------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Local | Nome:                |                                                                                     |
|       | Assinatura:          |  |
|       | Telefone de contato: |                                                                                     |
| Data  | E-mail:              |                                                                                     |
|       | Tipo de documento:   | Híbrido                                                                             |
|       | Data de criação:     | 24/01/2018                                                                          |
|       | Data da 1ª entrada:  |                                                                                     |



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

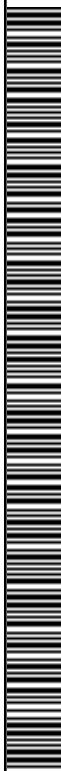
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233K496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 2/13



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



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

**1. DATA, HORA E LOCAL:** Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar – Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

**2. CONVOCAÇÃO:** Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

**3. PRESENÇA:** Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

**4. MESA:** Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

**5. ORDEM DO DIA:** deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

**6. DELIBERAÇÕES:** Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) **HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do  
Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 1 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 33.3.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucec.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 3/13



JUCEC RJ  
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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



Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investitura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crime previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (ii) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rerratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

| N | MEMBRO                      | RCA        | MANDATO    | FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP                                                                                                                       |
|---|-----------------------------|------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | José Ismar Alves Tôrres     | 14.12.2017 | 13.12.2018 | Diretor Presidente                                                                                                                                       |
| 2 | Helio Bitton Rodrigues      | 14.12.2017 | 13.12.2018 | sem função específica                                                                                                                                    |
| 3 | Cristiane Ferreira da Silva | 14.12.2017 | 13.12.2018 | Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)                                             |
| 4 | Milton Bellizia             | 15.02.2017 | 14.02.2018 | Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)                                                                                |
|   |                             |            |            | Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)                                                                                 |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)                 |
| 5 | Andrea Louise Ruano Ribeiro | 15.02.2017 | 14.02.2018 | Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle) |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)                                                                                  |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)                                      |

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 2 de 3

*Ch* *Luc*

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56APADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 4/13



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



**7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA:** Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

**8. ASSINATURAS:** A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
Roberto Barroso  
Presidente

  
Isabella Maria Azevedo da Cunha  
Secretária

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 3 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA30E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o n° de protocolo. Pag: 5/13



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04**

**LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA**

**TERMO DE POSSE**

**JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
**JOSE ISMAR ALVES TORRES**

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 06-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 8/13



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04**

**LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA**

**TERMO DE POSSE**

**HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

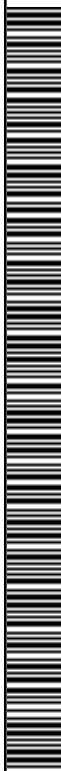
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo: Pag. 10/13







4996507

**ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLÉIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016**

**"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**

**ESTATUTO SOCIAL**

**CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO**

**Artigo 1º** – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

**Artigo 2º** – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

**Artigo 3º** – A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

**Artigo 4º** – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

**CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES**

**Artigo 5º** – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

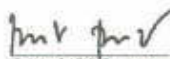
**Parágrafo Primeiro** – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

**Artigo 6º** – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

**CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL**

**ARTIGO 7º** – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 1 de 10

  
Bernardo F.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996508

**ARTIGO 8º** - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

**Parágrafo Primeiro** - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

**Parágrafo Segundo** - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

**Parágrafo Terceiro** - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

**Parágrafo Quarto** - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo,  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

**Parágrafo Quinto** - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

**Parágrafo Sexto** - Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de  $\frac{2}{3}$  (dois terços) das ações ordinárias.

#### **CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA**

**ARTIGO 9º** - A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

**Parágrafo Primeiro** - Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

**Parágrafo Segundo** - O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

**Parágrafo Terceiro** - As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 2 de 10

Bernardo F. S. Barwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7B45C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996509

**Parágrafo Quarto** – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

**Parágrafo Quinto** – Caberá à Assembleia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

## CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

**ARTIGO 10** – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

**Parágrafo Segundo** – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

**Parágrafo Terceiro** – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembleia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

**ARTIGO 11** – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

**ARTIGO 12** – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

**ARTIGO 13** – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

**Parágrafo Primeiro** – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

**Parágrafo Segundo** - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 3 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

convocada.



4996510

**Parágrafo Terceiro** - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

**ARTIGO 14** - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

**Parágrafo Segundo** - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou e-mail a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

**Parágrafo Terceiro** - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

**ARTIGO 15** - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 4 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICADO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996512

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.

**ARTIGO 16** – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

**Parágrafo Único** – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

#### **CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA**

**ARTIGO 17** – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

**ARTIGO 18** - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

**Parágrafo único** - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

#### **CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA**

**ARTIGO 19** - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

**Parágrafo Primeiro** – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

**Parágrafo Segundo** – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 6 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996513

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.

**ARTIGO 20** – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

**ARTIGO 21** - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 7 de 10

Bernardo F.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

**ARTIGO 22** – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

**Parágrafo Primeiro** – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

**Parágrafo Segundo** – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

## **CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL**

**ARTIGO 23** – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 8 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996515

**Parágrafo Primeiro** – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

**Parágrafo Segundo** – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

## **CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS**

**ARTIGO 24** – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

**ARTIGO 25** – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

**ARTIGO 26** – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

**Parágrafo Único** – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

**ARTIGO 27** – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

**Parágrafo Único** – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

## **CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO**

**ARTIGO 28** – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

de março de 1967.

## XI - DISPOSIÇÕES GERAIS

**ARTIGO 29** - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

**ARTIGO 30** - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

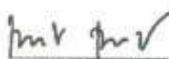
**ARTIGO 31** - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

**Parágrafo Único** - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

**ARTIGO 32** - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 10 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

### PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435, **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731, **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.

  
**JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**  
DIRETOR PRESIDENTE

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**  
DIRETOR

**17º Ofício de Notas**  
DA CAPITAL

Tabelião: Carlos Alberto Firmo Oliveira  
Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9000

AD828690  
088674

Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de: **HÉLIO BITTON RODRIGUES** e **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES** (X00000529453)

Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por: Serventia T.J.FUNDOS

Em testemunho da verdade.

Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.  
ECLP-56891 NRE, ECLP-56892 ORS

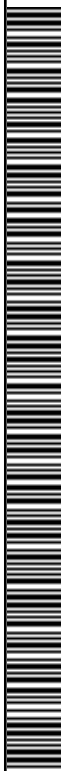
Consulte em <https://ww3.tjri.jus.br/sitapublico>

**CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ**  
**Paula Cristina A. D. Gaspar**  
3.9% Escrevente  
CPE 46062 série 06077 ME  
Aut. 2015 3ª Lei 8.936/94



### SUBSTABELECIMENTO

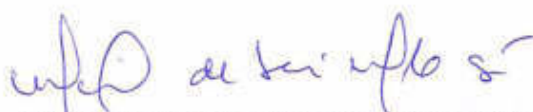
Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; **ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**; **ALFA SEGURADORA S/A**; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; **ANGELUS SEGUROS S/A**; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; **ARUANA SEGUROS S.A.**; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; **ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS**; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; **AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A**; **AXA SEGUROS S/A**; **AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**; **BANESTES SEGUROS S/A**; **BMG SEGUROS S/A**; **BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; **BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS**; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CAIXA SEGURADORA S/A**; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A**; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; **CHUBB SEGUROS BRASIL S/A**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL**; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**; **COMPREV SEGURADORA S/A**; **COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **ESSOR SEGUROS S/A**; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; **FATOR SEGURADORA S/A**; **GAZIN SEGUROS S.A.**; **GENERALI BRASIL SEGUROS S/A**; **GENTE SEGURADORA S/A**; **ICATU SEGUROS S/A**; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; **INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; **J. MALUCELLI SEGURADORA S/A**; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; **MAPFRE VIDA S/A**; **MBM SEGURADORA S/A**; **MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A**; **MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **OMINT SEGUROS S/A**; **PAN SEGUROS S/A**; **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**; **PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **POTTENCIAL SEGURADORA S/A**; **PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A**; **PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **SABEMI SEGURADORA S/A**; **SAFRA SEGUROS GERAIS S/A**; **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A**; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; **SOMPO SEGUROS S/A**; **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**; **SUHAÍ SEGUROS S/A**; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; **UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA**; **USEBENS SEGUROS S/A**; **VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS**; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; **ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato.





anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, ficando, desde já, **VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



**MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**

**OAB/RJ 135.132**

