

2726574- C3/ 2020-02210/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08144247020208230010

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 **KARLA MICHELE COELHO GOMES**, 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 **18/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **20/09/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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/2015¹, 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/2015².

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, CPC³.

¹[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.

²[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;

³"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)

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 PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontrovertido na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 18/09/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, 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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, 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 ao Autor, 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 em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴RECURSO 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 HOUVE 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.

⁵Súmula 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.”

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 pátrios⁶, 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.

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 citação⁷.

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 ação⁸

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.

⁶"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO 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).

⁷"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸art. 1º. (...)

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial 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, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que 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 Excelênciia 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 e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, 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 quanto 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 GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-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.	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	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; **JOSELAINA 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 **KARLA MICHELE COELHO GOMES**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08144247020208230010.

Rio de Janeiro, 8 de junho de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Alessandro Silva

Para: luciana.braga@angelusseguros.com.br;
franciele.ramalho@angelusseguros.com.br
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA

Bom dia, Luciana e Franciele.

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independem de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica
alessandro.silva@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

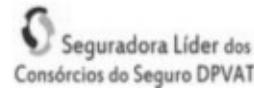
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138938/20

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVIA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitals e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190719314

Data da solicitação: 30/05/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: KARLA MICHELE COELHO GOMES

CPF do beneficiário: 978.584.552-43

Nome do solicitante: TELVIA SANTIAGO GUEDES

CPF do solicitante: 739.248.066-91

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 98118-1200

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: CONFIANCACST@HOTMAIL.COM

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CAROS ANALISTAS.

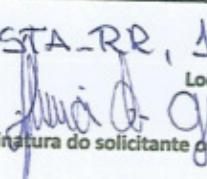
DIANTE DA APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML, VENHO SOLICITAR REANALISE DA NEGATIVA FEITA, VISTO QUE VOCÊS DERAM A NEGATIVA BASEADOS APENAS NOS DOCUMENTOS ENVIADOS E NÃO MANDARAM A SR KARLA PARA EXAME MÉDICO PRESENCIAL. AFIRMO QUE A MESMA FICOU COM DEBILIDADE.

AGUARDO RETORNO.
ATENCIOSAMENTE

TELVIA

BOA VISTA-RR, 30 DE MAIO DE 2020.

Local e Data

 (PROCURADORA)

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



LAUDO DE EXAME DECORPO DE DELITO- COMPLEMENTAR-Nº 1366/2020/IML/RR.

Destino: **DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO-DAT/PC/RR.**

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: **RONALDO SCIOTTI P. SILVA FILHO.**
- Requisição: **Nº 003/2020/DAT.** Referência: **Nº 031696/2020 DP: DAT**

NOME: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

NOME SOCIAL: PREJUDICADO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA **NATURALIDADE: NÃO INFORMADO**

IDADE: 30 ANOS **SEXO: FEMININO**

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL **COR: BRANCA**

PROFISSÃO: NÃO INFORMADO **ESCOLARIDADE: NÃO INFORMADO**

DOCUMENTAÇÃO: RG. Nº 264899 – SSP/RR **TELEFONE: (95)99123-6755**

FILIAÇÃO: FRANCISCO DOS SANTOS GOMES E MARIA TEREZA COELHO GOMES

ENDEREÇO: RUA PARIMA – Nº 48 – BAIRRO SÃO VICENTE – BOA VISTA/RR

DATA/ HORA DO EXAME: 13/03/2020, às 07 horas e 33 minutos.

Obs: Os profissionais abaixo designados pelo(a) Diretor(a), prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.

HISTÓRICO:

- Tendo em vista os termos dos laudos anteriores nº **6407/2019/IML/RR**, do dia **21/11/2019**, voltou nesta data para exame complementar.

Descrição:

- Raio-X com fratura de bacia;
- Marcha atípica;
- Lamentação para agachamento e para rotação externa de membro inferior esquerdo;
- Lamentação para esforços repetitivos com membro inferior esquerdo.

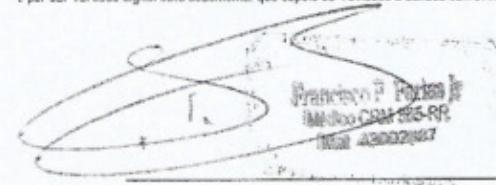
CONCLUSÃO:

- Lesões contusa antiga.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- **PRIMEIRO:** Da lesão sofrida, resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM, CONFORME RELATO DA PERICIANDA.**
- **SEGUNDO:** Resultará incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, e em que consiste? **SIM, SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**
- **TERCEIRO:** Qual o estado de saúde atual do ofendido? **SEQUELADO.**
- **QUARTO:** Qual o tempo necessário para o seu restabelecimento? **SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

E por ser verdade digital este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim, Otoniel Mendes de Souza Junior. 



IML-RR

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69.309-005 – Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (Recepção), (95) 2121-3430 (Direção).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177759 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE, RAMO ÍSQUIO-PÚBICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: ABA OUTROS - LAUDO IML N° 031696/2020 - 13/03/2020

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177759 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE, RAMO ÍSQUIO-PÚBICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: ABA OUTROS - LAUDO IML N° 031696/2020 - 13/03/2020

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 ^a Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
		<input type="checkbox"/> Azul Ass.			



1901163293	18/09/2019 11:18:30	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	20										
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário										
KARLA MICHELE COELHO GOMES		11/09/1989	30 A 0 M 7 D	702806610875360	97858455249	00017502										
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor										
	264899			F	SOLTEIRO(A)	PARDA										
Mãe					BOA VISTA - RR	Naturalidade										
MARIA TERESA DOS SANTOS					FRANCISCO DOS SANTOS GOMES	Nacionalidade										
Endereço					(95) 99123-4000	Contato										
- RUA AUREO CRUZ - 1076 -- BOA VISTA - RR						Ocupação										
						NÃO INFORMADA										
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal											
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE															
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão										
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA															
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.													
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA															
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue															
<i>Por n2 p/rnz</i>																
Anamnese de Enfermagem	<table border="1"><tr><td>GSC</td><td>TOTAL</td></tr><tr><td>AO: 1 2 3 4</td><td>RV: 1 2 3 4 5</td></tr><tr><td>MRV: 1 2 3 4 5 6</td><td>15</td></tr></table>						GSC	TOTAL	AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5	MRV: 1 2 3 4 5 6	15				
GSC	TOTAL															
AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5															
MRV: 1 2 3 4 5 6	15															
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>Paciente nfeu dor e rejiço coxofemoral devido a um acidente de moto. Rejeu febre 38,6°C e curso 21 dias.</i>															
Exame Físico	<i>BFG, LOC, UHTM</i>															
Hipótese Diagnóstica	<i>Pelite, Fratura Socil, rejeu febre e dor</i>															
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> Tc	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG										
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO											
<i>DD; Marz 19/09</i>			<i>11/09</i>		<i>CRM-RR 2068</i>											
<i>AVTO d' estom</i>			<i>21/09</i>		<i>CRM-RR 2068</i>											
<i>AVTO d' estom</i>			<i>21/09</i>		<i>CRM-RR 2068</i>											
Conduta	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> Alta para Consulta Ambulatorial</td><td><input type="checkbox"/> Ambulatório</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alta a Pedágio <i>CRM-RR 566</i></td><td><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alta a Revisão</td><td><input type="checkbox"/> Internação</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedico</i></td><td>Data e Hora da Saída/Alta:</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica</td></tr></table>						<input type="checkbox"/> Alta para Consulta Ambulatorial	<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Alta a Pedágio <i>CRM-RR 566</i>	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)	<input type="checkbox"/> Alta a Revisão	<input type="checkbox"/> Internação	<input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedico</i>	Data e Hora da Saída/Alta:		<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica
<input type="checkbox"/> Alta para Consulta Ambulatorial	<input type="checkbox"/> Ambulatório															
<input type="checkbox"/> Alta a Pedágio <i>CRM-RR 566</i>	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)															
<input type="checkbox"/> Alta a Revisão	<input type="checkbox"/> Internação															
<input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedico</i>	Data e Hora da Saída/Alta:															
	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica															
Óbito	<i>19/09/2019</i>															
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<i>Shelle</i>											
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico													
Impresso por: edvan.nascimento Data/Hora: 18/09/2019 11:19:27																
© 2014 Sistech - Soluções em Tecnologia Sistech.com.br																



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: PJSZ8 Y5MJL 7AUHW ALTTRK





1500



GOVERNO DO AMÉRICA
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Kathia Cecília Cerel RECEITURISTA

Luzia

Paciente c febre da
Saciá, grávida,
precisa de uma cadeira
de rodas para se locomover

18/06/19

~~Dr. JESUS A. LOPEZ ABUTU~~
~~CRM-RN 506~~

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL AKITA
Rua Coronel Pinheiro, 530 - Centro - Rio Brilhante
CEP: 58.301-160 - CAMP. I 04.013.400/0001-00

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME: ICANLA NICOLERO COELHO GOMES

LALDO NEBICO

Paciente sofreu acidente o dia
18/06/18, apresentando fratura
de bacia.

CID S 32.5

Preciso apoio cirúrgico
Teto aprovado de atestados
da mai atendida: c° de 90(noventa)
degr.

DATA 27/09/19

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
RR 566

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

Alessandro Silva

Para: luciana.braga@angelusseguros.com.br;
franciele.ramalho@angelusseguros.com.br
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA

Bom dia, Luciana e Franciele.

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independem de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica
alessandro.silva@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.





Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garozz, 691 – 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 365/13

Para contato
conosco informe
este número



Nº da Nota Fiscal: 003447874

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\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	547	477,02

DORVAL DA SILVA PADILHA
R. PARINA 48 SAO VICENTE
CPF: 00007063393200
CEP: 69.303-320 - BOA VISTA

ROT: 3.001.09.07.803200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	99442		Atual: 15/08/2019
Anterior:	98895		Anterior: 16/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 15/09/2019
Consumo Medido:	547		Emissão: 14/08/2019
Consulta Faturado:	547	FCAM	Apresentação: 19/08/2019

Tarifa de Distribuição: NORMAL | Tarifa de Transmissão: | Bula de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	F2907856	M 1600928	1.1.1.3	872
HISTÓRICO kWh/mês	DESCRIÇÃO DA CONTA				
Mês/ano consumo	CONSUMO	547 A R\$ 0,772737 =	422,68		
JUL/19	805	CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00	0,02		
JUN/19	566	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00	0,94		
MAI/19	754	MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00	1,26		
ABR/19	1046	JUROS DE MORA POR ATR 06/19-00	0,23		
MAR/19	811	MULTA POR ATRASO 06/19-00	7,67		
FEV/19	1003	JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00	2,17		
JAN/19	995	ILUMINACAO PUBLICA	42,05		
DEZ/18	773				
NOV/18	984				
OUT/18	1080				
TARIFA SEM TRIBUTOS:	0 A 547 - 0,634520				

Pago em
15/09/2019

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade fonsidante é a base estabelecida no momento de
07/2019 674,41 consumo. A tarifa é aportada de 03/01/19, e ao possuir estoque de
deve pagar tarifa de consumo de 06/19-00. Seus débitos devem ser
soltos. Caso seu efetue pagamento, falar com sua
fornecedora.

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

Celular

RESERVADO AO FISCO 8B10 .646D .DC7D .F6BD .EBF2 .17BD .CC30 .F4A6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	107,46	Base de Cálculo:	422,68
Energia:	227,86	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	71,85
Encargos:	11,83	Valor do PIS:	0,64
Tributos:	75,53	Valor do COFINS:	3,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	7/07	8/07	9/07	10/07	11/07	12/07	13/07
Total:	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Residual:	0,67			6,00		0,22	

CENTRO 06/2019 159,59

ROT: 3.001.09.07.803200



SEU CÓDIGO	0017088-7	TOTAL A PAGAR - R\$	477,02
MÊS FATURADO		VENCIMENTO	
08/2019		06/09/2019	
Nº da Nota Fiscal: 003447874		FCAM	

83620000004 7 77020075000 6 00000000017 4 08870819008 2





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 TELUIA SANTIAGO GUEDES

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066, SL, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

KARLA MICHELE COELHO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552, 49,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KARLA MICHELE COELHO GOMES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552, 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

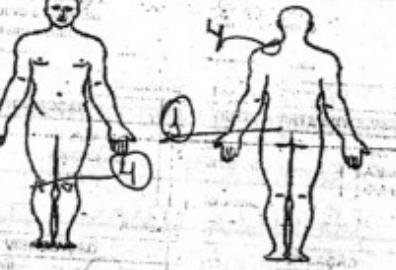
Recuso informar

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. BENTO BRASIL</u>	Número:	<u>248</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>BOA Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.301-050</u>
E-mail:	<u>confiancaest@hotmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: BOA VISTA-RR, 17 de dezembro de 2019.

Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1731:		SAMU 192																			
						EQUIPE SAMU BV	EQUIPE: Bitoina 1 Bairo																
Paciente: Kaila michell coelho gomes	Idade: 30	Nacionalidade: Brasileira	Raça: Branca [] Negra [] Parda [x] Amarela [] Indígena-Etnia	Sexo: F																			
Endereço: sua residência			Bairro: Bairro da paciencia																				
Nº 16 020	DATA 16/06/19	Médico (a) Regulador (a): plissos	HORA J/R: 10:47	BASE A VIA ()	() RÁDIO																		
MOTIVO INICIAL: bateria carro + moto			HORA J/0: 15:00		X CELULAR																		
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (x)		1 a 3 horas ()	4 a 24 horas ()	Mais de 24 horas ()	Não sabe ()																		
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA																							
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Agressão física / esparcimento <input type="checkbox"/> Agressão física – FAF <input type="checkbox"/> Agressão física – FAB		<input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Exame complementar <input type="checkbox"/> Outras																			
VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA																		
<input type="checkbox"/> Passageiro <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ciclista	<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança																		
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO																			
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia		<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2' <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulo central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central																			
AVALIAÇÃO INICIAL																							
Horas	P.A mm/Hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C																		
Inicio: 10:05 129x86	79	30	98		Glicemia																		
Fim: 10:12 129x95	78	20	99		Esc. visual "DOR"																		
SINAIS VITAIS E ESCORES																							
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA																							
LESÃO IDENTIFICADA		AVALIAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGONERA																			
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceráglio 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evaceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Perda aspirativa 16 - Empedramento 17 - Outros				ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - A dor 1 - Sem resposta																			
				RESPOSTA VERBAL 5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta																			
				RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retroada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta																			
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AVALIAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGONERA																			
<input checked="" type="checkbox"/> Rítmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial		<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiolonguística <input type="checkbox"/> Digestiva		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicamento de uso																			
GRAVIDADE COMPROVADA: [] Ileso		Dr. Lito Fernando Jungs Cirurgia Geral RQE: 750 / CRM-RR 1583		SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAIS EN 17/09/19 Stephanie Rubrica																			
Assinatura e Cadastro Médico (Unidade de Destino)																							
Atendente: [] Cancelamento [] Recusa de Atendimento / [] Hospitalização [] Não se encontrava no local [] Trote		Assinatura e Cadastro Médico (Unidade de Destino)		<input type="checkbox"/> Pol. Coene e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN																			
Iniciada as: _____ Término as: _____				<input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso																			
RCG																							
Atendido no local [] Trauma HGR [] Pronto Atendimento / HGR				<input type="checkbox"/> Hosp. Unimed <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros																			
<table border="1"> <tr> <td>1. Fibrilação cardíaca</td> <td>2. Infarto agudo do miocárdio</td> <td>3. Insuficiência cardíaca</td> <td>4. Hipertensão arterial</td> <td>5. Diabetes mellitus</td> <td>6. Infecções</td> </tr> <tr> <td>7. Edema pulmonar</td> <td>8. Infarto cerebral</td> <td>9. Insuficiência hepática</td> <td>10. Hipotensão arterial</td> <td>11. Infarto mesentérico</td> <td>12. Infarto renal</td> </tr> <tr> <td>13. Infarto de mama</td> <td>14. Infarto de pés</td> <td>15. Infarto de intestinos</td> <td>16. Infarto de bexiga</td> <td>17. Infarto de cólon</td> <td>18. Infarto de vesícula biliar</td> </tr> </table>						1. Fibrilação cardíaca	2. Infarto agudo do miocárdio	3. Insuficiência cardíaca	4. Hipertensão arterial	5. Diabetes mellitus	6. Infecções	7. Edema pulmonar	8. Infarto cerebral	9. Insuficiência hepática	10. Hipotensão arterial	11. Infarto mesentérico	12. Infarto renal	13. Infarto de mama	14. Infarto de pés	15. Infarto de intestinos	16. Infarto de bexiga	17. Infarto de cólon	18. Infarto de vesícula biliar
1. Fibrilação cardíaca	2. Infarto agudo do miocárdio	3. Insuficiência cardíaca	4. Hipertensão arterial	5. Diabetes mellitus	6. Infecções																		
7. Edema pulmonar	8. Infarto cerebral	9. Insuficiência hepática	10. Hipotensão arterial	11. Infarto mesentérico	12. Infarto renal																		
13. Infarto de mama	14. Infarto de pés	15. Infarto de intestinos	16. Infarto de bexiga	17. Infarto de cólon	18. Infarto de vesícula biliar																		

PERTE DO PACI	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante					
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de Introdução Bougie	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal				
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-vulva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotracheal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros: _____				
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco nº ____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº ____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

DS NO. 47H Jornos acionados para alarme aparelho a Brav0 III em uma colisão carro x moto no local ja encontramos a paciente com o protocolo de trauma realizado, colar cervical + prancha rígida, paciente gestante de 06 semanas, sem placas vaginais, apresentando dor em região lombares + genito esquerdo, sem sinal de náusea, SSVV estiveram e conforme orientação do medico regulador paciente removida ao Gvt com cida.

Bilauta

Relatório Serviço Magalhães Peres
Técnico de Enfermagem/Instrumentador Cirúrgico
COREN-RR 118571-TÉC

2 pares de luva m
2 " " n 6
2 máscaras descartáveis

SAMU 192-BV
CONFIRME COM
ORIGINAL
EM 27/09/19
Stephanie
Rutinica

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1. Dados de identificação do solicitante: 2. Dados de identificação da vítima: 3. CPF do beneficiário: 378.384.552-49 | Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES

4. Endereço de residência da vítima: Rua PARIMA, 48, BAIA VISTA, São Vicente, SP, 11530-118, E-mail: confiancaest@hotmail.com

5. Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES | 6. CPF: 378.384.552-49

7. Profissão: SECRETARIA | 8. Endereço: Rua PARIMA | 9. Número: 48 | 10. Complemento: log.

11. Endereço: SÃO VICENTE | 12. Cidade: BOA VISTA | 13. Estado: SP | 14. CEP: 69.303-320 | 15. Tel. Telef.: (175) 98118-1200

16. E-mail: confiancaest@hotmail.com

17. Nome completo da Representante Legal:

18. CPF de Representante Legal: | 19. Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins da lei, que sou o(a) responsável pelo preenchimento das informações, conforme comprovação anexo [ANEXO CÓPIA].

20. Atualização da Informação do Cliente:

21. Dados de identificação: 22. Dados de identificação da vítima: 23. Dados de identificação do beneficiário: 24. Dados de identificação do representante legal: 25. Dados de identificação da pessoa jurídica: 26. Dados de identificação da pessoa física: 27. Dados de identificação da pessoa natural:

Atenção: A Seguradora Lider é credora em nome da sua filial, da vítima beneficiária, da vítima falecida, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT é que é devida diretamente ao beneficiário e não ao segurado, desde já é importante aguardar a liberação do crédito, qualificação legal da vítima beneficiária.

28. DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÃO DA VÍTIMA (Preenchimento da vítima beneficiária):

Declaro, sob a pena de falsa, que estou imprestado de forma livre e ilustrada ao Banco do Brasil ou Banco Múltico Legal (BML) para os fins de pagamento do Seguro DPVAT (Lei nº 6.734/74), em vez de:

- Meu IBI, que atende a seguinte identificação da minha residência: prédio: 000033794;
- O BML que atende a seguinte identificação da minha residência: prédio: 000033794 (do Seguro DPVAT); ou
- O BML que atende a seguinte identificação da minha residência: residir prédio: 000033794 (do Seguro DPVAT); ou

Solicito o preenchimento da seguinte identificação da minha residência: prédio: 000033794 (do Seguro DPVAT), por escrito, preferencialmente, caso haja a documentação necessária apresentada como representação do Banco do Brasil, concordando, desejando, que sua residência é a minha endereço para receber o pagamento, caso necessário, de outras autorizações, conforme o disposto na Lei 6.734/74.

Declaro que esta autorização não significa perda de competência com a vítima beneficiária, ou restrição no direito de contestar o preenchimento correta, caso discordar da sua resolução.

29. Declaração de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por conta das suas bases fatais que se apresentarem a partir da data da morte da vítima beneficiária, quando clara, clara, de que qualquer contestação posterior não lhe poderá ensejar a abertura de processo de execução, não se sujeitando ao artigo 229 do Código Penal.

30. Ata de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por conta das suas bases fatais que se apresentarem a partir da data da morte da vítima beneficiária, quando clara, clara, de que qualquer contestação posterior não lhe poderá ensejar a abertura de processo de execução, não se sujeitando ao artigo 229 do Código Penal.

31. Ata de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por conta das suas bases fatais que se apresentarem a partir da data da morte da vítima beneficiária, quando clara, clara, de que qualquer contestação posterior não lhe poderá ensejar a abertura de processo de execução, não se sujeitando ao artigo 229 do Código Penal.

32. Ata de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por conta das suas bases fatais que se apresentarem a partir da data da morte da vítima beneficiária, quando clara, clara, de que qualquer contestação posterior não lhe poderá ensejar a abertura de processo de execução, não se sujeitando ao artigo 229 do Código Penal.

33. Ata de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por conta das suas bases fatais que se apresentarem a partir da data da morte da vítima beneficiária, quando clara, clara, de que qualquer contestação posterior não lhe poderá ensejar a abertura de processo de execução, não se sujeitando ao artigo 229 do Código Penal.

34. Ata de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por conta das suas bases fatais que se apresentarem a partir da data da morte da vítima beneficiária, quando clara, clara, de que qualquer contestação posterior não lhe poderá ensejar a abertura de processo de execução, não se sujeitando ao artigo 229 do Código Penal.

35. Ata de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por conta das suas bases fatais que se apresentarem a partir da data da morte da vítima beneficiária, quando clara, clara, de que qualquer contestação posterior não lhe poderá ensejar a abertura de processo de execução, não se sujeitando ao artigo 229 do Código Penal.

36. Ata de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por conta das suas bases fatais que se apresentarem a partir da data da morte da vítima beneficiária, quando clara, clara, de que qualquer contestação posterior não lhe poderá ensejar a abertura de processo de execução, não se sujeitando ao artigo 229 do Código Penal.

37. Ata de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por conta das suas bases fatais que se apresentarem a partir da data da morte da vítima beneficiária, quando clara, clara, de que qualquer contestação posterior não lhe poderá ensejar a abertura de processo de execução, não se sujeitando ao artigo 229 do Código Penal.

38-39 | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura do beneficiário
39-40 | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura do beneficiário

40-41 | Nome: **Karla Michele Coelho Gomes**
CPF: **378.384.552-49**
Assinatura da beneficiária

42. Assinatura do Representante Legal (se houver):
FPS.001 Maio/2019

43. Assinatura da Vítima/Beneficiária (se houver):
FPS.001 Maio/2019

44. Assinatura do Procurador (se houver):
FPS.001 Maio/2019

559184



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 13:38 Data/Hora Fim: 20/09/2019 13:53
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 10:19

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. PRES DUTRA

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KARLA MICHELLE COELHO GOMES (VÍTIMA , COMUNICANTE)	
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista
Profissão: Secretária	Sexo: Feminino
Estado Civil: União Estável	Nasc: 11/09/1989
Nome da Mãe: Maria Tereza Coelho Gomes	

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PARIMA

Bairro: SAO VICENTE

Nº: 48

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 978.584.552-49	Placa NAY3575
Renavam 01005963123	Número do Motor JC48E2E020129
Número do Chassi 9C2JC4820ER020129	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 20/05/2014	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Karla Michelle Coelho Gomes	Proprietário

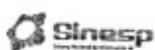
RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu a esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia uma MOTOCICLETA PLACA NAY-3575 e seguia pela Av. Presidente Dutra QUANDO no cruzamento com a Rua Vitor Hugo a motocicleta que a

Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 20/09/2019 13:53
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: 031696/2019

comunicante estava foi COLIDIDA por um VEICULO FIAT MOBY (placa não identificada) que invadiu a preferencial. Que o condutor do veiculo Fiat Moby se evadiu do local sem prestar socorro a comunicante. Que devido ao acidente a comunicante que está Gravida (5 meses) sofreu 02 Fraturas na sua Bacia. Que a comunicante foi socorrida ao Hospital pelo SAMU. Era o relato.

ASSINATURAS

Ermandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

Karla Michelle Coelho Gomes

(Comunicante / Vitima)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS	Escolha(s) tipo(s) de cobertura:			<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE					
2- N° do Sinistro ou ASL:	3- CPF da vítima:	4- Nome completo da vítima:	978.584.552-49 KARLA MICHELE COELHO GOMES								
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E BANCA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 416/2012											
5- Nome completo:	KARLA MICHELE COELHO GOMES			6- CPF:	978.584.552-49						
7- Profissão:	SECRETARIA	8- Endereço:	RUA PARIMA	9- Número:	48						
11- Bairro:	SÃO VICENTE	12- Cidade:	BOA VISTA	13- Estado:	RR						
15- E-mail:	confiancaest@hotmail.com			14- CEP:	69.303-320						
16- Tel.(DDD): (95) 98118-1200											
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR											
17- Nome completo do Representante Legal:											
18- CPF do Representante Legal:			19- Profissão do Representante Legal:								
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).											
20- RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:											
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00							
21- DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)											
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (consiste para os bancos abaixo. Assinale essa 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 (101)											
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) Nome do BANCO: _____											
AGÊNCIA: 3027	CONTA: 00033794	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)					
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.											
22- DECLARAÇÃO DE AusÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORTEZA DE INVALIDEZ PERMANENTE											
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. 											
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.											
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.											
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORTEZA 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 da 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	29- Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30- Vítima deixou neto(s):	<input type="checkbox"/> Sim	31- Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32- Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33- Vítima deixou pais/filhos vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.											
34- Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado											
35- Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)											
36- CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)											
37- Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)											
38- 1 ^a Nome: _____ CPF: _____											
Assinatura da testemunha											
39- 2 ^a Nome: _____ CPF: _____											
Assinatura da testemunha											
40- Local e Data, _____, _____											
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____											
42- Assinatura do Representante Legal (se houver)											
43- Assinatura do Procurador (se houver) _____											

Este Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://broudi.tirr.jus.br/projudi/> - identificador: PjSZ8 Y5MjL 7AUHw ALTkr

PROCURAÇÃO

Outorgante , KARLA MICHELLE COELHO GOMES, brasileira, casada, Secretaria , portadora da cédula de identidade nº 264899 SSP/RR e CPF nº 978.584.552-49, Rua: Parima nº 4 Bairro: São Vicente, Boa Vista -RR , CEP: 69.312-178 Tel.: (95) 99123-4000/ 99123-6755.

VITIMA: KARLA MICHELLE COELHO GOMES CPF Nº 978.584.552-49 DO SINISTRO:
18/09/2019.

NATUREZA: INVALIDEZ

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, Brasileira, Casada, Empresária, RG nº 5245559 SSP/RR, Data de Emissão: 30/01/2017 e CPF nº 739.248.066-91, Cujo endereço é: Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.

PODERES:

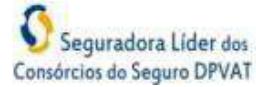
Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar 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, 5 de dezembro de 2019.

Karla Michelle Coelho Gomes
KARLA MICHELLE COELHO GOMES



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138938/20

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVIA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177759 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE, RAMO ÍSQUIO-PÚBICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: ABA OUTROS - LAUDO IML N° 031696/2020 - 13/03/2020

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177759 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE, RAMO ÍSQUIO-PÚBICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: ABA OUTROS - LAUDO IML N° 031696/2020 - 13/03/2020

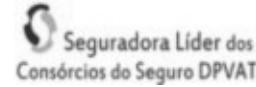
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138938/20

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVIA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitals e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190719314

Data da solicitação: 30/05/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: KARLA MICHELE COELHO GOMES

CPF do beneficiário: 978.584.552-43

Nome do solicitante: TELVIA SANTIAGO GUEDES

CPF do solicitante: 739.248.066-91

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 98118-1200

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: CONFIANCACST@HOTMAIL.COM

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CAROS ANALISTAS.

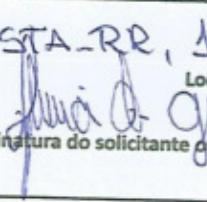
DIANTE DA APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML, VENHO SOLICITAR REANALISE DA NEGATIVA FEITA, VISTO QUE VOCÊS DERAM A NEGATIVA BASEADOS APENAS NOS DOCUMENTOS ENVIADOS E NÃO MANDARAM A SR KARLA PARA EXAME MÉDICO PRESENCIAL. AFIRMO QUE A MESMA FICOU COM DEBILIDADE.

AGUARDO RETORNO.
ATENCIOSAMENTE

TELVIA

BOA VISTA-RR, 30 DE MAIO DE 2020.

Local e Data

 (PROCURADORA)

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



LAUDO DE EXAME DECORPO DE DELITO- COMPLEMENTAR-Nº 1366/2020/IML/RR.

Destino: **DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO-DAT/PC/RR.**

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: **RONALDO SCIOTTI P. SILVA FILHO.**
- Requisição: **Nº 003/2020/DAT.** Referência: **Nº 031696/2020 DP: DAT**

NOME: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

NOME SOCIAL: PREJUDICADO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA **NATURALIDADE: NÃO INFORMADO**

IDADE: 30 ANOS **SEXO: FEMININO**

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL **COR: BRANCA**

PROFISSÃO: NÃO INFORMADO **ESCOLARIDADE: NÃO INFORMADO**

DOCUMENTAÇÃO: RG. Nº 264899 – SSP/RR **TELEFONE: (95)99123-6755**

FILIAÇÃO: FRANCISCO DOS SANTOS GOMES E MARIA TEREZA COELHO GOMES

ENDEREÇO: RUA PARIMA – Nº 48 – BAIRRO SÃO VICENTE – BOA VISTA/RR

DATA/ HORA DO EXAME: 13/03/2020, às 07 horas e 33 minutos.

Obs: Os profissionais abaixo designados pelo(a)Diretor(a), prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.

HISTÓRICO:

- Tendo em vista os termos dos laudos anteriores nº **6407/2019/IML/RR**, do dia **21/11/2019**, voltou nesta data para exame complementar.

Descrição:

- Raio-X com fratura de bacia;
- Marcha atípica;
- Lamentação para agachamento e para rotação externa de membro inferior esquerdo;
- Lamentação para esforços repetitivos com membro inferior esquerdo.

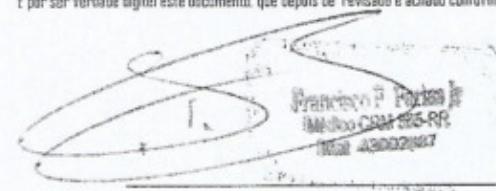
CONCLUSÃO:

- Lesões contusa antiga.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- **PRIMEIRO:** Da lesão sofrida, resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM, CONFORME RELATO DA PERICIANDA.**
- **SEGUNDO:** Resultará incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, e em que consiste? **SIM, SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**
- **TERCEIRO:** Qual o estado de saúde atual do ofendido? **SEQUELADO.**
- **QUARTO:** Qual o tempo necessário para o seu restabelecimento? **SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

E por ser verdade digital este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim, Otoniel Mendes de Souza Junior. 



IML-RR

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69.309-005 – Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (Recepção), (95) 2121-3430 (Direção).



DENATRAN

CONTRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013975799381

VIA	CÓD.-RENAVAM	B.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	01005953123		2019
NOME			
KARLA MICHELLE COELHO GOMES			
RR			
CPF / CNPJ	PLACA		
978.584.552-49	NAY3575		
PLACA ANT./UF	CHASSIS		
NAY3575 - RR	9C2JC4820CR020123		
ESPECIE/TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS / MOTONET/PILOT /PILOT	ALCOOL/GASOL		
MARCA / MODELO			
HONDA/BIZ 125 ES			
CAP / POT / CIL	CATEGORIA		
2P/0124CC/	Particu		
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA		
PAGO	*PAGO*		
FAIXA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS		
A *** PAGO COTA UNICA ***	1 ^a *** * * * * * 2 ^a *** * * * * * 3 ^a *** * * * * *		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
R\$10.00	R\$4.00	R\$14.00	20/09/2019
SEGURADO OBRIGATÓRIO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE PAGAMENTO * PROIB. SAIR DA FAZENDA *			
DOCUMENTO DE PAGTO OBRIGATÓRIO			
NAO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
Joao Gomes Brasil Presidente Interino DETAN-RR			
BOA VISTA-RR			
DATA 20/09/2019			
EXPEDIDOR			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975799381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/09/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	978.584.552-49	NAY3575
RENAVAM	MARCA / MODELO	
01005953123	HONDA/BIZ 125 es	
ANO FAB.	DATA FAB.	
2014	2014	
COR PREDOMINANTE	Nº CHASSIS	
PRETA	9C2JC4820CR020123	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$36,05	R\$4,01	R\$40,06
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
R\$4,15	R\$10,32	R\$84,58
PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO 20/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSS28 Y5MJL7AUHW ALTKR

DUR / 2017





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: PJSSZ8 YMJJL 7AUHW ALTKR





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: PJSZ8 Y5MJL 7AUHW ALTKR

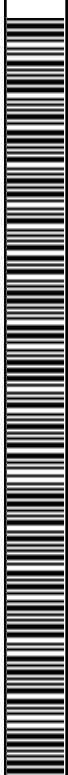
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 ^a Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
		<input type="checkbox"/> Azul Ass.			



1901163293	18/09/2019 11:18:30	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	20										
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário										
KARLA MICHELE COELHO GOMES		11/09/1989	30 A 0 M 7 D	702806610875360	97858455249	00017502										
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor										
	264899			F	SOLTEIRO(A)	PARDA										
Mãe					BOA VISTA - RR	Naturalidade										
MARIA TERESA DOS SANTOS					FRANCISCO DOS SANTOS GOMES	BRASILEIRA										
Endereço					Contato	Ocupação										
- RUA AUREO CRUZ - 1076 -- BOA VISTA - RR					(95) 99123-4000	NÃO INFORMADA										
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal											
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE															
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão										
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA															
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:										
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA					EDVAN.NASCIMENTO										
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue															
<i>Por n2 praz</i>																
Anamnese de Enfermagem	<table border="1"><tr><td>GSC</td><td>TOTAL</td></tr><tr><td>AO: 1 2 3 4</td><td>RV: 1 2 3 4 5</td></tr><tr><td>MRV: 1 2 3 4 5 6</td><td>15</td></tr></table>						GSC	TOTAL	AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5	MRV: 1 2 3 4 5 6	15				
GSC	TOTAL															
AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5															
MRV: 1 2 3 4 5 6	15															
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>Paciente nfeu dor e rejiço coxofemoral devido a um acidente de moto. Rejeu febre 38,6°C e curso 21 dias.</i>															
Exame Físico	<i>BFG, LOC, UHTM</i>															
Hipótese Diagnóstica	<i>Pelite femur Fratura Socic; rea ligada polos cor</i>															
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> Tc	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG										
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO											
<i>DD; Marz 19/09</i>			<i>1 trtante concerto + redeco</i>		<i>21/09</i>											
<i>AVC d estaped</i>																
<i>AVC d estaped</i>																
Conduta	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> Alta para Consulta</td><td><input type="checkbox"/> Ambulatório</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alta a Pedir</td><td><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alta a Revisão</td><td><input type="checkbox"/> Internação</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Transferência para:</td><td>Data e Hora da Saída/Alta:</td></tr><tr><td><i>CRM-RR 2068</i></td><td><i>18/09/2019</i></td></tr></table>						<input type="checkbox"/> Alta para Consulta	<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Alta a Pedir	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)	<input type="checkbox"/> Alta a Revisão	<input type="checkbox"/> Internação	<input type="checkbox"/> Transferência para:	Data e Hora da Saída/Alta:	<i>CRM-RR 2068</i>	<i>18/09/2019</i>
<input type="checkbox"/> Alta para Consulta	<input type="checkbox"/> Ambulatório															
<input type="checkbox"/> Alta a Pedir	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)															
<input type="checkbox"/> Alta a Revisão	<input type="checkbox"/> Internação															
<input type="checkbox"/> Transferência para:	Data e Hora da Saída/Alta:															
<i>CRM-RR 2068</i>	<i>18/09/2019</i>															
óbito	<i>21/09/2019</i>															
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica	<i>Sheila</i>										
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico													
Impresso por: edvan.nascimento Data/Hora: 18/09/2019 11:19:27																
© 2014 - Sistech - Soluções em Tecnologia Sistech é uma marca registrada. Versão: 4.2.2017-11-16-12																
1901163293																



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: PJSZ8 Y5MJL 7AUHW ALTTR





卷之三



GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOME: Kathy Brichtin Cook RECEMULHO

L A M

Pacente e fator da

Sacia grande

Precio de una cadeira

de radar para le locen over

1890119

Dr. JESÚS A. LÓPEZ RODRÍGUEZ
CARRERA 506

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Av. Coronel Flávio Sá - Centro - Rio de Janeiro
CEP: 20.011-150 - CNPJ: 14.013.400/0001-01

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME: ICANLA NICOLERO COELHO GOMES

LALDO NEBICO

Paciente sofreu acidente o dia
18/06/18, apresentando fratura
de bacia.

CID S 32.5

Preciso apoio cirúrgico
Teto aprovado de atestados
da sua cidadania: c° de 90(noventa)
degr.

DATA 27/09/19

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
RR 566

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO » **SEU CÓDIGO**
0126055-3

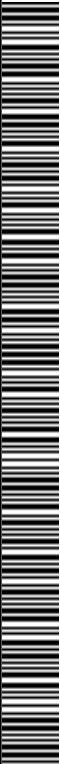
RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcer, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insr. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-I
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: **003941569**
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\$)																																																		
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83																																																		
RAQUEL DELL EUGENIO AV BENTO BRASIL 248 CENTRO																																																					
DADOS DA LEITURA (kWh)																																																					
Atual:																																																					
Anterior:		20134																																																			
Dias de consumo:		19771																																																			
Constante de Multiplicação:		33																																																			
Consumo medido:		1.008																																																			
Consumo faturado:		363																																																			
DESCRICAÇÃO DA CONTA CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA 363 A R\$ 0,764602 = 277,55 25,28																																																					
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA																																																					
Atual:		29/10/2019																																																			
Anterior:		26/09/2019																																																			
Próxima fatura:		29/11/2019																																																			
Emissão:		28/10/2019																																																			
Apresentação:		29/10/2019																																																			
R: 12.001.02.11.483856																																																					
HISTÓRICO DE MEDAÇÃO																																																					
OUTRAS INFORMAÇÕES TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 363 - 0,634620																																																					
MENSAGENS IMPORTANTES REAVISO DE VENCIMENTO PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 6 11 16 21 26																																																					
RESERVADO AO FISCO H20H_9H82_6434_74CB_4D95_4302_CD4H_45H COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Energia: 151,21</td> <td>Encargos: 7,85</td> </tr> <tr> <td>Distribuições: 71,31</td> <td>Tributos: 47,18</td> </tr> <tr> <td>Transmissão: 0,00</td> <td></td> </tr> </table> IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Base de Cálculo: 277,55</td> <td>ALIQUOTA: 17,00%</td> <td>VALOR: 47,18</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PIS: 0,0000%</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td>COFINS: 0,0000%</td> <td>0,00</td> </tr> </table> INDICADORES DE CONTINUIDADE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>DIC</th> <th>FIC</th> <th>DMIC</th> <th>DICRI</th> </tr> <tr> <td>Mensal</td> <td>6,83</td> <td>12,06</td> <td>24,12</td> <td>7,27</td> </tr> <tr> <td>Realizado</td> <td>0,43</td> <td>1,00</td> <td>2,12</td> <td>14,54</td> </tr> <tr> <td>Conjunto</td> <td>CENTRO</td> <td></td> <td></td> <td>29,08</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Período de apuração:</td> <td>88/2019</td> <td>3,54</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>EUSP:</td> <td>8,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>110,56</td> </tr> </table>				Energia: 151,21	Encargos: 7,85	Distribuições: 71,31	Tributos: 47,18	Transmissão: 0,00		Base de Cálculo: 277,55	ALIQUOTA: 17,00%	VALOR: 47,18		PIS: 0,0000%	0,00		COFINS: 0,0000%	0,00		DIC	FIC	DMIC	DICRI	Mensal	6,83	12,06	24,12	7,27	Realizado	0,43	1,00	2,12	14,54	Conjunto	CENTRO			29,08			Período de apuração:	88/2019	3,54				EUSP:	8,00					110,56
Energia: 151,21	Encargos: 7,85																																																				
Distribuições: 71,31	Tributos: 47,18																																																				
Transmissão: 0,00																																																					
Base de Cálculo: 277,55	ALIQUOTA: 17,00%	VALOR: 47,18																																																			
	PIS: 0,0000%	0,00																																																			
	COFINS: 0,0000%	0,00																																																			
	DIC	FIC	DMIC	DICRI																																																	
Mensal	6,83	12,06	24,12	7,27																																																	
Realizado	0,43	1,00	2,12	14,54																																																	
Conjunto	CENTRO			29,08																																																	
		Período de apuração:	88/2019	3,54																																																	
			EUSP:	8,00																																																	
				110,56																																																	
SEU CÓDIGO 0126055-3 TOTAL A PAGAR - R\$ 302,83 MÊS FATURADO 10/2019 VENCIMENTO 26/11/2019 Nº da Nota Fiscal: 003941569																																																					
836200000003 9 02830075000 8 000000000126 3 05531019008 1																																																					

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006.

Validação deste em <https://projudi.tirr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSS28 Y5MJL 7AUHW ALTKR





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 TELUIA SANTIAGO GUEDES

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066, SL, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

KARLA MICHELE COELHO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552, 49,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KARLA MICHELE COELHO GOMES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552, 49, 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. BENTO BRASIL</u>	Número:	<u>248</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>BOA Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.301-050</u>
E-mail:	<u>confiancaest@hotmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: BOA VISTA-RR, 17 de dezembro de 2019.

Assinatura do Declarante





Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garozz, 691 – 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 365/13

Para contato
conosco informe
este número



Nº da Nota Fiscal: 003447874

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\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	547	477,02

DORVAL DA SILVA PADILHA
R. PARINA 48 SAO VICENTE
CPF: 00007063393200
CEP: 69.303-320 - BOA VISTA

ROT: 3.001.09.07.803200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	99442		Atual: 15/08/2019
Anterior:	98895		Anterior: 16/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 15/09/2019
Consumo Medido:	547		Emissão: 14/08/2019
Consulta Faturado:	547	FCAM	Apresentação: 19/08/2019

Tarifa de Distribuição: NORMAL | Tarifa de Transmissão: | Bula de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	F2907856	M 1600928	1.1.1.3	872
HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA				
Mês/ano consumo	CONSUMO 547 A R\$ 0,772737 = 422,68				
JUL/19 805	CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00 0,02				
JUN/19 566	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 0,94				
MAI/19 754	MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00 1,26				
ABR/19 1046	MULTA POR ATRASO 06/19-00 0,23				
MAR/19 811	MULTA POR ATRASO 06/19-00 7,67				
FEV/19 1003	JUROS DE MORA POR IMP 06/19-00 2,17				
JAN/19 995	JUROS DE MORA DE IMP 06/19-00 42,05				
DEZ/18 773	ILUMINACAO PUBLICA				
NOV/18 984					
OUT/18 1080					
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 547 - 0,634520					

Pago em
15/09/2019

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade fonsidante é a base estabelecida no momento de
07/2019 674,41 consumo. A tarifa de distribuição é de R\$ 0,772737. O valor total da fatura é de R\$ 422,68.
A fatura deve ser paga até o dia 15/09/2019. Caso seja efetuado pagamento anterior, não se considera
esta data.

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

Celular

RESERVADO AO FISCO 8B10 . 646D . DC7D . F6BD . EBF2 . 17BD . CC30 . F4A6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	107,46	Base de Cálculo:	422,68
Energia:	227,86	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	71,85
Encargos:	11,83	Valor do PIS:	0,64
Tributos:	75,53	Valor do COFINS:	3,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	7/07	8/07	9/07	10/07	11/07	12/07	13/07
Total:	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Residual:	0,67			6,00		0,22	

CENTRO 06/2019 159,59

ROT: 3.001.09.07.803200

	SEU CÓDIGO 0017088-7	TOTAL A PAGAR - R\$ 477,02
MÊS FATURADO 08/2019		VENCIMENTO 06/09/2019
Nº da Nota Fiscal: 003447874 FCAM		

83620000004 7 77020075000 6 00000000017 4 08870819008 2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do síntero ou ASL:

3 - CPF da vítima:

378.584.552-49

4 - Nome completo da vítima:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E ENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 475/2012

5 - Nome completo:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

6 - CPF:

378.584.552-49

7 - Profissão:

SECRETARIA

8 - Endereço:

RUA PARIMA

9 - Número:

48

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO VICENTE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.303-320

15 - E-mail:

confiancacst@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 98118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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 beneficiários. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (340)
 Banco do Brasil (101) Caixa Econômica Federal (201)

AGÊNCIA: 3027

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00033794

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

25 - Gênero Parentesco com vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

28 - Vítima:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: _____

Falecidos: _____

Sim

30 - Vítima deixou

reclame(já falecido):

Sim

31 - Vítima

tinha irmãos?

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: _____

Falecidos: _____

Sim

33 - Vítima deixou

pais/filhos vivos?

Sim

Não

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não elaborado

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

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

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

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 17 de dezembro de 2019.

K - Karla Michele Coelho Gomes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

559184



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 13:38 Data/Hora Fim: 20/09/2019 13:53
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 10:19

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. PRES DUTRA

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KARLA MICHELLE COELHO GOMES (VÍTIMA , COMUNICANTE)	
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista
Profissão: Secretária	Sexo: Feminino
Estado Civil: União Estável	Nasc: 11/09/1989
Nome da Mãe: Maria Tereza Coelho Gomes	

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PARIMA

Bairro: SAO VICENTE

Nº: 48

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 978.584.552-49	Placa NAY3575
Renavam 01005963123	Número do Motor JC48E2E020129
Número do Chassi 9C2JC4820ER020129	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 20/05/2014	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Karla Michelle Coelho Gomes	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu a esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia uma MOTOCICLETA PLACA NAY-3575 e seguia pela Av. Presidente Dutra QUANDO no cruzamento com a Rua Vitor Hugo a motocicleta que a

Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 20/09/2019 13:53
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: 031696/2019

comunicante estava foi COLIDIDA por um VEICULO FIAT MOBY (placa não identificada) que invadiu a preferencial. Que o condutor do veiculo Fiat Moby se evadiu do local sem prestar socorro a comunicante. Que devido ao acidente a comunicante que está Gravida (5 meses) sofreu 02 Fraturas na sua Bacia. Que a comunicante foi socorrida ao Hospital pelo SAMU. Era o relato.

ASSINATURAS

Ermandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

Karla Michelle Coelho Gomes
(Comunicante / Vitima)

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

11-419/2006

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: PJSZ8 YMJJL 7AUHW ALTKR



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do síntero ou ASL:

3 - CPF da vítima:

378.584.552-49

4 - Nome completo da vítima:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E ENDERECO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 475/2012

5 - Nome completo:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

6 - CPF:

378.584.552-49

7 - Profissão:

SECRETARIA

8 - Endereço:

RUA PARIMA

9 - Número:

48

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO VICENTE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.303-320

15 - E-mail:

confiancacst@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 98118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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 beneficiários. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (340)
 Banco do Brasil (101) Caixa Econômica Federal (201)

AGÊNCIA: 3027

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00033794

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gênero Parentesco com vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

reclamo(filhos):

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não elaborado

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

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

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

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 17 de dezembro de 2019.

K - Karla Michele Coelho Gomes

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 31 de Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200177759

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KARLA MICHELLE COELHO GOMES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000033794-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200177759

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KARLA MICHELLE COELHO GOMES

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, contados 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 15778282

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

BANCO: 104

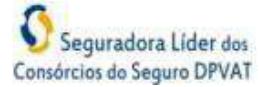
AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000033794-0

Nr. da Autenticação 7712365F526FEBE7



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468080/19

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Alessandro Silva

Para: luciana.braga@angelusseguros.com.br;
franciele.ramalho@angelusseguros.com.br
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA

Bom dia, Luciana e Franciele.

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independem de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica
alessandro.silva@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468080/19

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



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: PJSSZ8 YMJJL 7AUHW ALTKR



DENATRAN

CONTRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013975799381

VIA	CÓD. RENAVAM	B.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	01005953123		2019
NOME			
KARLA MICHELLE COELHO GOMES			
RR			
CPF / CNPJ	PLACA		
978.564.552-49	NAY3575		
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
NAY3575 - RR	902JC4820ER020129		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS / MOTONET/ M/ NBD / AP/TC	ALCOOL/GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/BIZ 125 ES	2014	2014	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA		
EP/0124CC/	PARTICU		
I COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	1*	VENC / COTAS
P *PAGO*	*PAGO*	***	***
V FAIXA I PVA:	PARCELAMENTO / COTAS	2*	***
A ** PAGO COTA ÚNICA **		3*	***
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
R\$ 36,05	R\$ 0,00	R\$ 36,05	20/09/2019
SEGURO OBRIGATÓRIO			
SEM RESERVA DE PÓM. NÃO É PROIB. SAIR DA FAZENDA CID. *			
DOCUMENTO DE PÓTE OBRIGATÓRIO			
NAO VALORIZA TRANSFERÊNCIA			
João Alves Barbosa Presidente Interino DETAN-RR			
DATA 20/09/2019			
EXPEDIDOR			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975799381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/09/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	978.564.552-49	NAY3575
RENAVAM		MARCA / MODELO
01005953123		HONDA/BIZ 125 ES
ANO FAB.	CAT. TARE	Nº CHASSI
2014		902JC4820ER020129
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$36,05	R\$4,01	R\$40,06
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
R\$4,15	R\$0,38	R\$44,58
PAGAMENTO		
COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
		10/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

O/07/2017

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ528 Y5MJL7AUHW ALTKR



PROCURAÇÃO

Outorgante , KARLA MICHELLE COELHO GOMES, brasileira, casada, Secretaria , portadora da cédula de identidade nº 264899 SSP/RR e CPF nº 978.584.552-49, Rua: Parima nº 4 Bairro: São Vicente, Boa Vista -RR , CEP: 69.312-178 Tel.: (95) 99123-4000/ 99123-6755.

VITIMA: KARLA MICHELLE COELHO GOMES CPF Nº 978.584.552-49 DO SINISTRO:
18/09/2019.

NATUREZA: INVALIDEZ

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, Brasileira, Casada, Empresária, RG nº 5245559 SSP/RR,
Data de Emissão: 30/01/2017 e CPF nº 739.248.066-91, Cujo endereço é: **Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.**

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 Líder, 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.

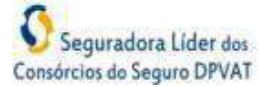
Boa Vista-RR, 5 de dezembro de 2019.



Karla Michelle Coelho Gomes
KARLA MICHELLE COELHO GOMES



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468080/19

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

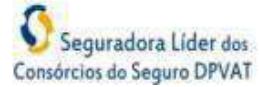
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138938/20

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVIA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200177759

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KARLA MICHELLE COELHO GOMES

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 15778282



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 31 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200177759 Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Data do Acidente: 18/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KARLA MICHELLE COELHO GOMES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000033794-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº doório ou ASL:

3 - CPF da vitória:

378.584.552-49

4 - Nome completo da vítima:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E ENDERECO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP MP-415/2012

5 - Nome completo:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

6 - CPF:
378.584.552-49

7 - Profissão:

SECRETARIA

8 - Endereço:

RUA PARIMA

9 - Número:

48

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SÃO VICENTE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.303-320

15 - E-mail:

confiancacst@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):
(65) 98118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (somente para os beneficiários. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (340)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA: 3027

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00033794

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Sei que o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MEDICINA

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: _____

Falecidos: _____

30 - Vítima deixou

recomendado(a):

Sim

Não

31 - Vítima

tinha irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: _____

Falecidos: _____

33 - Vítima deixou

pais/filhos vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____, _____

K - Karla Michele Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do síntero ou ASL:

3 - CPF da vítima:

378.584.552-49

4 - Nome completo da vítima:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E ENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 475/2012

5 - Nome completo:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

6 - CPF:

378.584.552-49

7 - Profissão:

SECRETARIA

8 - Endereço:

RUA PARIMA

9 - Número:

48

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO VICENTE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.303-320

15 - E-mail:

confiancacst@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 98118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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 beneficiários. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (340)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 00033794

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gênero Parentesco com vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

reclamo(filhos)?:

Sim

30 - Vítima:

Sim

31 - Vítima:

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Não

29 - Vítima:

Não

30 - Se tinha filhos, informar

falecidos:

Falecidos

31 - Vítima:

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

falecidos:

Não

33 - Vítima deixou pais/avós falecidos?

Não

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não elaborado

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

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

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

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 17 de dezembro de 2019.

Karla Michele Coelho Gomes

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

1-PEMLINHAS

Barcode

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006, Validação deste em https://projudi.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ528 Y5MJL7AUHW ALTR

559184



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 13:38 Data/Hora Fim: 20/09/2019 13:53
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 10:19

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. PRES DUTRA

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KARLA MICHELLE COELHO GOMES (VÍTIMA , COMUNICANTE)	
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista
Profissão: Secretária	Sexo: Feminino
Estado Civil: União Estável	Nasc: 11/09/1989
Nome da Mãe: Maria Tereza Coelho Gomes	

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PARIMA

Bairro: SAO VICENTE

Nº: 48

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 978.584.552-49	Placa NAY3575
Renavam 01005963123	Número do Motor JC48E2E020129
Número do Chassi 9C2JC4820ER020129	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 20/05/2014	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Karla Michelle Coelho Gomes	Proprietário

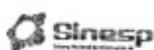
RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu a esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia uma MOTOCICLETA PLACA NAY-3575 e seguia pela Av. Presidente Dutra QUANDO no cruzamento com a Rua Vitor Hugo a motocicleta que a

Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 20/09/2019 13:53
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: 031696/2019

comunicante estava foi COLIDIDA por um VEICULO FIAT MOBY (placa não identificada) que invadiu a preferencial. Que o condutor do veiculo Fiat Moby se evadiu do local sem prestar socorro a comunicante. Que devido ao acidente a comunicante que está Gravida (5 meses) sofreu 02 Fraturas na sua Bacia. Que a comunicante foi socorrida ao Hospital pelo SAMU. Era o relato.

ASSINATURAS

Ermandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

Karla Michelle Coelho Gomes
(Comunicante / Vitima)

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

559184



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 13:38 Data/Hora Fim: 20/09/2019 13:53
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 10:19

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. PRES DUTRA

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KARLA MICHELLE COELHO GOMES (VÍTIMA , COMUNICANTE)	
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista
Profissão: Secretária	Sexo: Feminino
Estado Civil: União Estável	Nasc: 11/09/1989
Nome da Mãe: Maria Tereza Coelho Gomes	

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PARIMA

Bairro: SAO VICENTE

Nº: 48

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 978.584.552-49	Placa NAY3575
Renavam 01005963123	Número do Motor JC48E2E020129
Número do Chassi 9C2JC4820ER020129	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 20/05/2014	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Karla Michelle Coelho Gomes	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu a esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia uma MOTOCICLETA PLACA NAY-3575 e seguia pela Av. Presidente Dutra QUANDO no cruzamento com a Rua Vitor Hugo a motocicleta que a

Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 20/09/2019 13:53
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: 031696/2019

comunicante estava foi COLIDIDA por um VEICULO FIAT MOBY (placa não identificada) que invadiu a preferencial. Que o condutor do veiculo Fiat Moby se evadiu do local sem prestar socorro a comunicante. Que devido ao acidente a comunicante que está Gravida (5 meses) sofreu 02 Fraturas na sua Bacia. Que a comunicante foi socorrida ao Hospital pelo SAMU. Era o relato.

ASSINATURAS

Ermandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

Karla Michelle Coelho Gomes
(Comunicante / Vitima)

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

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1. Dados de identificação do solicitante: 1.1. Dados Pessoais da Vítima, Réu, Espouseiro ou Namorado(a) 1.2. Usuário/Representante 1.3. Intermediário

2 - RG do solicitante ou AOL: 3 - CPF do solicitante: 378.384.552-49 | Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES

4 - Endereço da residência da vítima: Rua PARIMA | 5 - Número: 48 | 6 - Complemento: log.

7 - Profissão: SECRETARIA | 8 - Endereço: Rua PARIMA | 9 - Número: 48 | 10 - Complemento: log.

11 - Bairro: SÃO VICENTE | 12 - Cidade: BOA VISTA | 13 - Estado: R.E | 14 - CEP: 67.303-320 | 15 - Tel. Telef.: (65) 98118-1800

16 - E-mail: confiancaest@hotmail.com

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins da lei, que sou o(a) responsável pelo preenchimento das informações, conforme comprovação anexo [ANEXO CIMA].

20 - Atividade profissional ou estatuto da vítima:

21 - PROFISSÃO INFORMADA: PROFISSÃO ATUALIZADA: INSCRIÇÃO JURÍDICA R\$ 0,00,00
 SEM REVISÃO: R\$ 0,00,00 AF: R\$ 2.500,00 INSCRIÇÃO DE R\$ 0,00,00

22 - CEMPA PRESENTE (sempre): CEMPA PRESENTE (nunca):
Nome da vítima: _____

Adesivo: 3027 | Conta: 00033784 | Agência: _____ | Conta: _____ | Endereço: _____ | Cidade: _____

Atenção à Seguradora Lider: o credor em causa é beneficiária da informação, da vítima. Portanto, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT é que é devido diretamente ao beneficiário e não ao devedor, desde já é devidamente aplicada a retenção do credor, qualificando assim o valor recebido.

23 - DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DA VITIMA (não é necessário se declarar se a vítima é menor de idade):

Declaro, sob a pena de falsa, que estou imprestado de forma escrita o Baldo do Instituto Mútuo Legis (IML) para os fins de pagamento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.734/74), em vez de:

- Meu IML que atende a região no qual moro ou da qual sou beneficiário;
- O IML que atende a região no qual mora ou da qual sou beneficiário para fins do Seguro DPVAT;
- O IML que atende a região no qual moro ou da qual sou beneficiário realize pagamentos, caso passar superior a 30 (trinta) dias da pedida.

Solicito o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da indenização do Seguro DPVAT, por escrito, preferencialmente, caso haja a documentação técnica da Seguradora Lider para verificação da veracidade daquela indicação dos bens pertencentes ao devedor ou de acidente da fidelidade causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.734/74.

Declaro que esta declaração não significa que a vítima tem direito ao resarcimento no direito de contestar o credor que o fez, caso discordar da sua declaração.

24 - Declaração da vítima quanto ao seu conhecimento da existência de bens móveis ou imóveis que se apercebem de pertencentes ao devedor:

25 - Nome do Representante Legal: 26 - Vítima que não compareceu: Sim Não | 27 - Sociedade que representa a vítima: Tramando Toda a competência

28 - Vítima: Sim Não | 29 - Sociedade, informar: Vítima: Sim Não | 30 - Vítima: Sim Não | 31 - Vítima: Sim Não | 32 - Se a vítima, informar: Vítima: Sim Não | 33 - Vítima: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por conta de Seguros baseados que que se apercebem de pertencentes ao devedor, conforme claramente dito, de que qualquer contradição que houver poderá gerar a abertura de processo de recorrência por incerteza, não me deixa nenhuma dúvida quanto ao que é devido.

34 - Ata de justa causa: _____

35 - Ata de justa causa: _____

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a nego): _____

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a nego): _____

38-39 | Nome: _____ | CPF: _____ | Assinatura do beneficiário

40 - Localizada: Boa Vista - RR, 17 de dezembro de 2019.
Karla Michele Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (devidamente): _____

42 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

43 - Assinatura do procurador (se houver): _____



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do síntero ou ASL:

3 - CPF da vítima:

378.584.552-49

4 - Nome completo da vítima:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E ENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 475/2012

5 - Nome completo:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

6 - CPF:

378.584.552-49

7 - Profissão:

SECRETARIA

8 - Endereço:

RUA PARIMA

9 - Número:

48

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO VICENTE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.303-320

15 - E-mail:

confiancacst@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 98118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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 beneficiários. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (340)
 Banco do Brasil (101) Caixa Econômica Federal (201)

AGÊNCIA: 3027

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00033794

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

25 - Gênero Parentesco com vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

24 - Data do óbito da vítima:

27 - Se vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

reclamo(filhos):

Sim

30 - Vítima:

Falecidos:

Não

31 - Vítima:

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Sim

33 - Vítima:

Falecidos:

Não

Sim

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não elaborado

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

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

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

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 17 de dezembro de 2019.

K - Karla Michelle Coelho Gomes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome:

CPF:

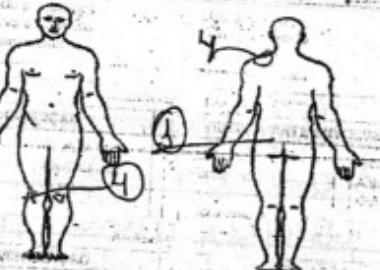
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1731:		SAMU 192													
						EQUIPE SAMU BV	EQUIPE: Bitoina 1 Bairo										
Paciente: Kaila michell coelho gomes	Idade: 30	Sexo: F															
Nacionalidade: Brasileira	Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia																
Endereço: sua residência	CEP: 56000-000	Estado: Paraná	Brasília	UF: PR	CE: 83000-000												
Médico (a) Regulador (a): plissos	Data: 16/06/19	Hora J/R: 10:47	Base: A	Via: ()	() RÁDIO												
MOTIVO INICIAL: colisão carro + moto		Hora J/10: 15:00			() CELULAR												
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X)		1 a 3 horas ()	4 a 24 horas ()	Mais de 24 horas ()	Não sabe ()												
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA																	
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Agressão física / esfacelamento <input type="checkbox"/> Agressão física – FAF <input type="checkbox"/> Agressão física – FAB		<input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Exame complementar <input type="checkbox"/> Outras													
VÍTIMA		ACIDENTE DE TRÂNSITO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA													
<input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ciclista	<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança												
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO													
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia		<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2' <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central													
AVALIAÇÃO INICIAL																	
SINAIS VITais E ESCORES																	
Horas	P.A mm/Hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C												
Inicio: 10:05 129x86	79	30	98		Glicemia												
Fim: 10:12 129x95	78	20	99		Esc. visual "DOR"												
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA																	
LESÃO IDENTIFICADA		AVALIAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGONERA													
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceráglio 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evaceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Perda aspirativa 16 - Empedramento 17 - Outros				ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - A dor 1 - Sem resposta RESPOSTA VERBAL 5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retroada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta													
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AVALIAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGONERA													
<input checked="" type="checkbox"/> Rítmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial		<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiolonguística <input type="checkbox"/> Digestiva		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicamento de uso													
GRAVIDADE COMPROVADA: () Ileso		Dr. Luiz Fernando Jungs Cirurgia Geral RQE: 750 / CRM-PR 1583		SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAIS EN 17/09/19 Stephanie Rubrica													
Assinatura e Cadastro Médico (Unidade de Destino)																	
Atendente: () Cancelamento () Recusa de Atendimento / () Hospitalização () Não se encontrava no local () Trote		<input type="checkbox"/> Pol. Coelho e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN		<input type="checkbox"/> Pol. Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN													
RCP: () Iniciada as: _____		Término as: _____		<input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso													
classifico: () Atendido no local () Trauma HGR () Pronto Atendimento / HGR				<input type="checkbox"/> Hosp. Unimed <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros													
<table border="1"> <tr> <td>1. Fibrilação cardíaca</td> <td>2. Infarto agudo do miocárdio</td> <td>3. Hipertensão arterial</td> <td>4. Insuficiência cardíaca</td> <td>5. Infarto cerebral</td> <td>6. Infarto pulmonar</td> </tr> <tr> <td>7. Edema pulmonar</td> <td>8. Infarto agudo do miocárdio</td> <td>9. Hipertensão arterial</td> <td>10. Insuficiência cardíaca</td> <td>11. Infarto cerebral</td> <td>12. Infarto pulmonar</td> </tr> </table>						1. Fibrilação cardíaca	2. Infarto agudo do miocárdio	3. Hipertensão arterial	4. Insuficiência cardíaca	5. Infarto cerebral	6. Infarto pulmonar	7. Edema pulmonar	8. Infarto agudo do miocárdio	9. Hipertensão arterial	10. Insuficiência cardíaca	11. Infarto cerebral	12. Infarto pulmonar
1. Fibrilação cardíaca	2. Infarto agudo do miocárdio	3. Hipertensão arterial	4. Insuficiência cardíaca	5. Infarto cerebral	6. Infarto pulmonar												
7. Edema pulmonar	8. Infarto agudo do miocárdio	9. Hipertensão arterial	10. Insuficiência cardíaca	11. Infarto cerebral	12. Infarto pulmonar												

PERTE DO PACI	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante					
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de Introdução Bougie	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal				
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-vulva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotracheal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros: _____				
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco nº ____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº ____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

DS NO. 47H Jornos acionados para alarme aparelho a Braco III em uma colisão carro x moto no local ja encontramos a paciente com o protocolo de trauma realizado, colar cervical + prancha rígida, paciente gestante de 06 semanas, sem placas vaginais, apresentando dor em região lombares + genito esquerdo, sem sinal de náusea, SSVV estiveram e conforme orientação do medico regulador paciente removida ao Gt com cida.

Bilauta

Relatório Serviço Magalhães Peres
Técnico de Enfermagem/Instrumentador Cirúrgico
COREN-RR 118571-TÉC

2 pares de luva m
2 " " n 6
2 máscaras descartáveis

SAMU 192-BV
CONFIRME COM
ORIGINAL
EM 27/09/19
Stephanie
Rutinica

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000033794-0

Nr. da Autenticação 7712365F526FEBE7





Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garozz, 691 – 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 365/13

Para contato
conosco informe
este número



Nº da Nota Fiscal: 003447874

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\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	547	477,02

DORVAL DA SILVA PADILHA
R. PARINA 48 SAO VICENTE
CPF: 00007063393200
CEP: 69.303-320 - BOA VISTA

ROT: 3.001.09.07.803200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	99442		Atual: 15/08/2019
Anterior:	98895		Anterior: 16/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 15/09/2019
Consumo Medido:	547		Emissão: 14/08/2019
Consulta Faturado:	547	FCAM	Apresentação: 19/08/2019

Tarifa de Distribuição: NORMAL | Tarifa de Transmissão: | Bula de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	F2907856	M 1603928	1.1.1.3	872
HISTÓRICO kWh/mês					
Mês/ano consumo					
JUL/19	805	CONSUMO	547 A R\$ 0,772737 =	422,68	
JUN/19	566	CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00		0,02	
MAI/19	754	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00		0,94	
ABR/19	1046	MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00		1,26	
MAR/19	811	MULTA POR ATRASO 06/19-00		0,23	
FEV/19	1003	JUROS DE MORA POR ATR 06/19-00		7,67	
JAN/19	995	JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00		2,17	
DEZ/18	773	ILUMINACAO PUBLICA		42,05	
NOV/18	984				
OUT/18	1080				
TARIFA SEM TRIBUTOS:	8 A 547 - 0,634520				

Pago em
15/09/2019

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade fonsidante é a tarifa estabelecida no momento de
07/2019 674,41 emissão da fatura, a partir da data 03/01/19, não possuindo R\$0,
deverá pagar parcela de vencimento de 15/09/2019, dia 15/09/2019.
Sendo assim, caso tenha efetuado pagamento anterior, ficará descontado
este valor.

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

Celular

RESERVADO AO FISCO 8B10 . 646D . DC7D . F6BD . EBF2 . 17BD . CC30 . F4A6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	107,46	Base de Cálculo:	422,68
Energia:	227,86	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	71,85
Encargos:	11,83	Valor do PIS:	0,64
Tributos:	75,53	Valor do COFINS:	3,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	7/07	8/07	9/07	10/07	11/07	12/07	13/07
Total:	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Residual:	0,67			6,00		0,22	

CENTRO 06/2019 159,59

ROT: 3.001.09.07.803200



SEU CÓDIGO	0017088-7	TOTAL A PAGAR - R\$	477,02
MÊS FATURADO	08/2019	VENCIMENTO	06/09/2019
Nº da Nota Fiscal:	003447874	FCAM	

8362000004 7 77020075000 6 00000000017 4 08870819008 2



KORAIMA ENERGIA		Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO																																	
RORAIMA ENERGIA S.A. Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insr. Estadual: 24.007.022-3 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1 Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13		SEU CÓDIGO 0126055-3																																	
CONTA MÊS OUTUBRO/2019		VENCIMENTO 26/11/2019	Nº da Nota Fiscal 003941569 <small>A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.</small>																																
RAQUEL DELL EUGENIO AV BENTO BRASIL 248 CENTRO		CONSUMO (kWh) 363	TOTAL A PAGAR (R\$) 302,83																																
DADOS DA LEITURA (kWh)		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA																																	
Atual: 20134 Anterior: 19771 Dias de consumo: 33 Constante de Multiplicação: 1.000 Consumo medido: 363 Consumo faturado: 363		Atual: 29/10/2019 Anterior: 26/09/2019 Próxima fatura: 29/11/2019 Emissão: 28/10/2019 Apresentação: 29/10/2019 R: 12.001.02.11.483856																																	
		Grupo/Subgrupo: B Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Ligação: BI Número Medidor: 14TDB00002 Forma de Faturamento: NORMAL Modalidade: CONVENTIONAL																																	
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA		DESCRICAÇÃO DA CONTA 363 A R\$ 0,764602 = 277,55 25,28																																	
OUTRAS INFORMAÇÕES TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 363 - 0,634620		HISTÓRICO DE MEDAÇÃO																																	
MENSAGENS IMPORTANTES REAVISO DE VENCIMENTO		Media 12 meses: 286																																	
MENSAGENS IMPORTANTES REAVISO DE VENCIMENTO		Valor R\$ 08/2019 265,64 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas revisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já revisada(s) no valor de R\$ 210,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.																																	
RESERVADO AO FISCO H204, 5H82, 6H82, 6A34, 7A05, 4D95, 4302, CD4H, 45H2		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ <table border="1"> <tr> <td>Energia: 151,21</td> <td>Encargos: 7,85</td> </tr> <tr> <td>Distribuição: 71,31</td> <td>Tributos: 47,18</td> </tr> <tr> <td>Transmissão: 0,00</td> <td></td> </tr> </table>		Energia: 151,21	Encargos: 7,85	Distribuição: 71,31	Tributos: 47,18	Transmissão: 0,00																											
Energia: 151,21	Encargos: 7,85																																		
Distribuição: 71,31	Tributos: 47,18																																		
Transmissão: 0,00																																			
		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$ <table border="1"> <tr> <td>Base de Cálculo: 277,55</td> <td>ALIQUOTA: 17,00%</td> <td>VALOR: 47,18</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PIS: 0,0000%</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td>COFINS: 0,0000%</td> <td>0,00</td> </tr> </table>		Base de Cálculo: 277,55	ALIQUOTA: 17,00%	VALOR: 47,18		PIS: 0,0000%	0,00		COFINS: 0,0000%	0,00																							
Base de Cálculo: 277,55	ALIQUOTA: 17,00%	VALOR: 47,18																																	
	PIS: 0,0000%	0,00																																	
	COFINS: 0,0000%	0,00																																	
INDICADORES DE CONTINUIDADE		FIC <table border="1"> <tr> <td>Mensal</td> <td>Trimestral</td> <td>Anual</td> <td>Mensal</td> <td>Trimestral</td> <td>Anual</td> <td>DMIC</td> <td>DICRI</td> </tr> <tr> <td>Límite</td> <td>6,83</td> <td>12,06</td> <td>24,12</td> <td>7,27</td> <td>14,54</td> <td>29,08</td> <td>3,54</td> </tr> <tr> <td>Realizado</td> <td>0,43</td> <td></td> <td></td> <td>1,00</td> <td></td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Conjunto</td> <td>CENTRO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	DMIC	DICRI	Límite	6,83	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	Realizado	0,43			1,00			0,00	Conjunto	CENTRO						
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	DMIC	DICRI																												
Límite	6,83	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54																												
Realizado	0,43			1,00			0,00																												
Conjunto	CENTRO																																		
R: 12.001.02.11.483856 PONI		Período de apuração: 08/2019 EUROS: 110,56																																	
RORAIMA ENERGIA <small>RORAIMA ENERGIA S.A. Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insr. Estadual: 24.007.022-3</small>		SEU CÓDIGO 0126055-3 TOTAL A PAGAR - R\$ 302,83																																	
		MÊS FATURADO 10/2019																																	
		VENCIMENTO 26/11/2019																																	
		Nº da Nota Fiscal: 003941569																																	
836200000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1																																			
		PONI: 00216 LEITURA: 20134 DT.METR.: 26-11-2019 LEITOR: 1000																																	
		DT.LEIT.: 29/10/2019 TOTAL: 302,83 LEITOR: 1000																																	
		T.ENTR.: 07 QRCODA: 010 RW42B - RRE (NOVO)																																	



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garozz, 691 – 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 365/13

Para contato
conosco informe
este número



Nº da Nota Fiscal: 003447874

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\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	547	477,02

DORVAL DA SILVA PADILHA
R. PARINA 48 SAO VICENTE
CPF: 00007063393200

CEP: 69.303-320 - BOA VISTA

ROT: 3.001.09.07.803200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	99442		Atual: 15/08/2019
Anterior:	98895		Anterior: 16/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 15/09/2019
Consumo Medido:	547		Emissão: 14/08/2019
Consulta Faturado:	547	FCAM	Apresentação: 19/08/2019

Tarifa de Distribuição: NORMAL | Tarifa de Transmissão: | Bula de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	F2907856	M 1600928	1.1.1.3	872
HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA				
Mês/ano consumo	CONSUMO 547 A R\$ 0,772737 = 422,68				
JUL/19 805	CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00 0,02				
JUN/19 566	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 0,94				
MAI/19 754	MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00 1,26				
ABR/19 1046	MULTA POR ATRASO 06/19-00 0,23				
MAR/19 811	JUROS DE MORA POR ATR 06/19-00 7,67				
FEV/19 1003	JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00 2,17				
JAN/19 995	ILUMINACAO PUBLICA 42,05				
DEZ/18 773					
NOV/18 984					
OUT/18 1080					
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 547 - 0,634520					

Pago em
15/09/2019

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade fonsidante é a base estabelecida no momento de
07/2019 674,41 consumo. Atenção: o valor da fatura pode sofrer alterações devido a reajustes tarifários ou outras situações que não dependem da Roraima Energia. Caso haja reajuste tarifário, a fatura desconsiderará o novo valor.

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

Celular

RESERVADO AO FISCO 8B10 .646D .DC7D .F6BD .EBF2 .17BD .CC30 .F4A6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	107,46	Base de Cálculo:	422,68
Energia:	227,86	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	71,85
Encargos:	11,83	Valor do PIS:	0,64
Tributos:	75,53	Valor do COFINS:	3,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	7/07	8/07	9/07	10/07	11/07	12/07	13/07
Total:	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Residual:	0,67			6,00		0,22	

Centro 06/2019 159,59

ROT: 3.001.09.07.803200



SEU CÓDIGO 0017088-7

MÊS FATURADO 08/2019

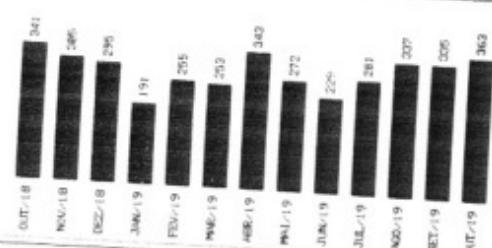
Nº da Nota Fiscal: 003447874 FCAM

TOTAL A PAGAR - R\$ 477,02

VENCIMENTO 06/09/2019

8362000004 7 77020075000 6 00000000017 4 08870819008 2



RORAIMA ENERGIA		Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO		SEU CÓDIGO																																																								
RORAIMA ENERGIA S.A. Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insr. Estadual: 24.007.022-3 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1 Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13				0126055-3																																																								
CONTA MÊS		VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)																																																								
OUTUBRO/2019		26/11/2019	363	302,83																																																								
RAQUEL DELL EUGENIO				CPF: 00005763937899																																																								
AV BENTO BRASIL 248 CENTRO				CEP: 69.301-050 - BOA VISTA																																																								
DADOS DA LEITURA (kWh)		DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA																																																									
Atual:	20134	Atual:	B	Residencial																																																								
Anterior:	19771	Anterior:	26/09/2019	Ligação: BI																																																								
Dias de consumo:	33	Próxima fatura:	29/11/2019	Número Medidor: 14TD000002																																																								
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	28/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL																																																								
Consumo medido:	363	Apresentação:	29/10/2019	Modalidade: CONVENTIONAL																																																								
Consumo faturado:	363	R: 12.001.02.11.483854																																																										
DESCRICAÇÃO DA CONTA																																																												
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA		363	A R\$ 0,764602 =	277,55	25,28																																																							
OUTRAS INFORMAÇÕES																																																												
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 363 - 0,634620		HISTÓRICO DE MEDAÇÃO																																																										
 MENSAGENS IMPORTANTES REAVISO DE VENCIMENTO		 Média 12 meses: 286 Mes/Ano: 08/2019 Valor R\$: 265,64 Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas revisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já revisada(s) no valor de R\$ 210,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.																																																										
RESERVADO AO FISCO H204, 5H82, 6H82, 6A34, 7A05, 4D95, 4302, CD4H, 45H2 COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ <table border="1"> <tr> <td>Energia: 151,21</td> <td>Encargos: 7,85</td> </tr> <tr> <td>Distribuição: 71,31</td> <td>Tributos: 47,18</td> </tr> <tr> <td>Transmissão: 0,00</td> <td></td> </tr> </table> IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$ <table border="1"> <tr> <td>Base de Cálculo: 277,55</td> <td>ALIQUOTA: 17,00%</td> <td>VALOR: 47,18</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PIS: 0,0000%</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td>COFINS: 0,0000%</td> <td>0,00</td> </tr> </table> INDICADORES DE CONTINUIDADE <table border="1"> <tr> <th></th> <th>DIC</th> <th>FIC</th> <th>DMIC</th> <th>DICRI</th> </tr> <tr> <td>Mensal</td> <td>6,83</td> <td>12,06</td> <td>24,12</td> <td>7,27</td> </tr> <tr> <td>Límite</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>14,54</td> </tr> <tr> <td>Realizado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>29,08</td> </tr> <tr> <td>Conjunto</td> <td>0,43</td> <td></td> <td></td> <td>3,54</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CENTRO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1,00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Período de apuração:</td> <td>08/2019</td> <td>EUSD: 110,56</td> </tr> </table>						Energia: 151,21	Encargos: 7,85	Distribuição: 71,31	Tributos: 47,18	Transmissão: 0,00		Base de Cálculo: 277,55	ALIQUOTA: 17,00%	VALOR: 47,18		PIS: 0,0000%	0,00		COFINS: 0,0000%	0,00		DIC	FIC	DMIC	DICRI	Mensal	6,83	12,06	24,12	7,27	Límite				14,54	Realizado				29,08	Conjunto	0,43			3,54		CENTRO						1,00					Período de apuração:	08/2019	EUSD: 110,56
Energia: 151,21	Encargos: 7,85																																																											
Distribuição: 71,31	Tributos: 47,18																																																											
Transmissão: 0,00																																																												
Base de Cálculo: 277,55	ALIQUOTA: 17,00%	VALOR: 47,18																																																										
	PIS: 0,0000%	0,00																																																										
	COFINS: 0,0000%	0,00																																																										
	DIC	FIC	DMIC	DICRI																																																								
Mensal	6,83	12,06	24,12	7,27																																																								
Límite				14,54																																																								
Realizado				29,08																																																								
Conjunto	0,43			3,54																																																								
	CENTRO																																																											
		1,00																																																										
		Período de apuração:	08/2019	EUSD: 110,56																																																								
SEU CÓDIGO 0126055-3 TOTAL A PAGAR - R\$ 302,83 MÊS FATURADO 10/2019 VENCIMENTO 26/11/2019 N° da Nota Fiscal: 003941569																																																												
836200000003 9 02830075000 8 000000000126 3 05531019008 1																																																												



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 TELUIA SANTIAGO GUEDES

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066, SL, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

KARLA MICHELE COELHO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552, 49,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KARLA MICHELE COELHO GOMES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552, 49, 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. BENTO BRASIL</u>	Número:	<u>248</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>BOA Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.301-050</u>
E-mail:	<u>confiancaest@hotmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: BOA VISTA-RR, 17 de dezembro de 2019.

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 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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 TELUIA SANTIAGO GUEDES

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066, ST, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

KARLA MICHELE COELHO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552, 49,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KARLA MICHELE COELHO GOMES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552, 49, 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. BENTO BRASIL</u>	Número:	<u>248</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>BOA Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.301-050</u>
E-mail:	<u>confiancaest@hotmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: BOA VISTA-RR, 17 de dezembro de 2019.

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 ^a Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
		<input type="checkbox"/> Azul Ass.			



1901163293	18/09/2019 11:18:30	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	20										
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário										
KARLA MICHELE COELHO GOMES		11/09/1989	30 A 0 M 7 D	702806610875360	97858455249	00017502										
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor										
	264899			F	SOLTEIRO(A)	PARDA										
Mãe					BOA VISTA - RR	Naturalidade										
MARIA TERESA DOS SANTOS					FRANCISCO DOS SANTOS GOMES	BRASILEIRA										
Endereço					Contato	Ocupação										
- RUA AUREO CRUZ - 1076 -- BOA VISTA - RR					(95) 99123-4000	NÃO INFORMADA										
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal											
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE															
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão										
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA															
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:										
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA					EDVAN.NASCIMENTO										
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue															
<i>Por n2 praz</i>																
Anamnese de Enfermagem	<table border="1"><tr><td>GSC</td><td>TOTAL</td></tr><tr><td>AO: 1 2 3 4</td><td>RV: 1 2 3 4 5</td></tr><tr><td>MRV: 1 2 3 4 5 6</td><td>15</td></tr></table>						GSC	TOTAL	AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5	MRV: 1 2 3 4 5 6	15				
GSC	TOTAL															
AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5															
MRV: 1 2 3 4 5 6	15															
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>Paciente nfeu dor e rejiço coxofemoral devido a um acidente de moto. Rejeu febre 38,6°C e curso 21 dias.</i>															
Exame Físico	<i>BFG, LOC, UHTM</i>															
Hipótese Diagnóstica	<i>Pelite femur Fratura Socic; rea ligada polos cor</i>															
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> Tc	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG										
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO											
<i>DD; Marz 19/09</i>			<i>1 trtante concerto + redeco</i>		<i>21/09</i>											
<i>AVC d estaped</i>																
<i>AVC d estaped</i>																
Conduta	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> Alta para Consulta Ambulatorial</td><td><input type="checkbox"/> Ambulatório</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alta a Pedágio <i>CRM-RR 566</i></td><td><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alta a Revisão</td><td><input type="checkbox"/> Internação</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedico</i></td><td>Data e Hora da Saída/Alta:</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica</td></tr></table>						<input type="checkbox"/> Alta para Consulta Ambulatorial	<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Alta a Pedágio <i>CRM-RR 566</i>	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)	<input type="checkbox"/> Alta a Revisão	<input type="checkbox"/> Internação	<input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedico</i>	Data e Hora da Saída/Alta:		<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica
<input type="checkbox"/> Alta para Consulta Ambulatorial	<input type="checkbox"/> Ambulatório															
<input type="checkbox"/> Alta a Pedágio <i>CRM-RR 566</i>	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)															
<input type="checkbox"/> Alta a Revisão	<input type="checkbox"/> Internação															
<input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedico</i>	Data e Hora da Saída/Alta:															
	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica															
Óbito	<i>19/09/2019</i>															
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<i>Sheila</i>											
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico													
Impresso por: edvan.nascimento Data/Hora: 18/09/2019 11:19:27																
© 2014 - Sistech - Soluções em Tecnologia Sistech é uma marca registrada. Versão: 4.2.2017-11-16-02																



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: PJSZ8 Y5MJL 7AUHW ALTTR





1500



GOVERNO DO AMÉRICA
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Kathia Cecília Cerel RECEITURISTA

Luzia

Paciente c febre da
Saciá, grávida,
precisa de uma cadeira
de rodas para se locomover

18/06/19

~~Dr. JESUS A. LOPEZ ABUTU~~
~~CRM-RR 506~~

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL AKITA
Rua Coronel Pinheiro, 530 - Centro - 69010-000
CEP: 69010-000 - CAMPUS DA UFSC/UFSC/UFSC/UFSC/UFSC



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME: ICANLA NICOLERO COELHO GOMES

LALDO NEBICO

Paciente sofreu acidente o dia
18/06/18, apresentando fratura
de bacia.

CID S 32.5

Preciso apoio cirúrgico
Teto aprovado de estadiamento
da ferida considerado 0° de 90(noventí)
degr.

DATA 27/09/18

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
RR 566

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

Alessandro Silva

Para: luciana.braga@angelusseguros.com.br;
franciele.ramalho@angelusseguros.com.br
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA

Bom dia, Luciana e Franciele.

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independem de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica
alessandro.silva@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.



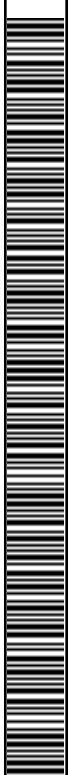
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 ^a Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
		<input type="checkbox"/> Azul Ass.			



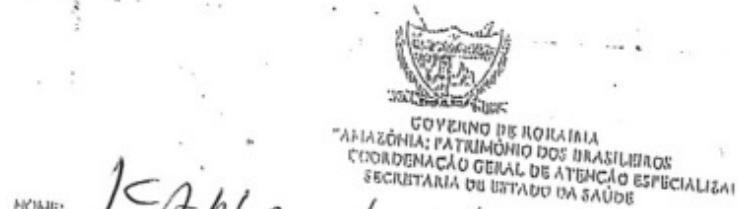
1901163293	18/09/2019 11:18:30	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	20										
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário										
KARLA MICHELE COELHO GOMES		11/09/1989	30 A 0 M 7 D	702806610875360	97858455249	00017502										
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor										
	264899			F	SOLTEIRO(A)	PARDA										
Mãe					BOA VISTA - RR	Naturalidade										
MARIA TERESA DOS SANTOS					FRANCISCO DOS SANTOS GOMES	BRASILEIRA										
Endereço					Contato	Ocupação										
- RUA AUREO CRUZ - 1076 -- BOA VISTA - RR					(95) 99123-4000	NÃO INFORMADA										
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal											
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE															
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão										
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA															
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:										
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA					EDVAN.NASCIMENTO										
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue															
<i>Por n2 praz</i>																
Anamnese de Enfermagem	<table border="1"><tr><td>GSC</td><td>TOTAL</td></tr><tr><td>AO: 1 2 3 4</td><td>RV: 1 2 3 4 5</td></tr><tr><td>MRV: 1 2 3 4 5 6</td><td>15</td></tr></table>						GSC	TOTAL	AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5	MRV: 1 2 3 4 5 6	15				
GSC	TOTAL															
AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5															
MRV: 1 2 3 4 5 6	15															
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>Paciente nfeu dor e rejiço coxofemoral devido a um acidente de moto. Rejeu febre 38,6°C e curso 21 dias.</i>															
Exame Físico	<i>BFG, LOC, UHTM</i>															
Hipótese Diagnóstica	<i>Pelite femur Fratura Socic; rea ligada polici car</i>															
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TCE	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:										
PREScrição					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO										
<i>DD; Marz 19/09</i>	<i>pt fratur concreto + neder</i>				<i>21/09</i>											
<i>AVC d estaped</i>																
<i>AVC d estaped</i>																
Conduta	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> Alta para Consulta</td><td><input type="checkbox"/> Ambulatório</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alta a Pedágio</td><td><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alta a Revisão</td><td><input type="checkbox"/> Internação</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedico</i></td><td>Data e Hora da Saída/Alta:</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica</td></tr></table>						<input type="checkbox"/> Alta para Consulta	<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Alta a Pedágio	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)	<input type="checkbox"/> Alta a Revisão	<input type="checkbox"/> Internação	<input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedico</i>	Data e Hora da Saída/Alta:		<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica
<input type="checkbox"/> Alta para Consulta	<input type="checkbox"/> Ambulatório															
<input type="checkbox"/> Alta a Pedágio	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)															
<input type="checkbox"/> Alta a Revisão	<input type="checkbox"/> Internação															
<input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedico</i>	Data e Hora da Saída/Alta:															
	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica															
Óbito	<i>1 NOV 2019</i>															
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<i>Sheila</i>														
		<i>Certifico e Dou Fé que a presente</i>														
		<i>Carta de Encaminhamento Original</i>														
		<i>que foi apresentado neste Hospital</i>														
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico													
Impresso por: edvan.nascimento Data/Hora: 18/09/2019 11:19:27																
© 2014 Sistech - Soluções em Tecnologia Sistech.com.br																



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: PJSZ8 Y5MJL 7AUHW ALTTR







Kathia necessita Cadeira de rodas RECENTE

Luzia

Paciente c ferida da
faccia, grávida,
precisa de uma cadeira
de rodas para se locomover

18/06/19
DIA

~~Dr. JESUS A. LOPEZ ABUTU~~
Assistência e Consulta

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL AKITA
Rua Coronel Pinheiro, 530 - Centro - São Paulo
CEP: 01.011-150 - CEP: 01.013-000/001-00

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME: ICANLA NICOLERO COELHO GOMES

LALDO NEBICO

Paciente sofreu acidente o dia
18/06/18, apresentando fratura
de bacia.

CID S 32.5

Preciso apoio cirúrgico
Teto aprovado de atestados
da sua credibilidade: 0% de 90(noveent)º
degr.

DATA 27/09/19

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
RR 566

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638



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: PJSSZ8 YMJJL 7AUHW ALTKR





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: PJSZ8 Y5MJL 7AUHW ALTKR



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: PJSSZ8 Y5MJL 7AUHW ALTKR

DENATRAN

CONTRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013975799381

VIA	CÓD. RENAVAM	B.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	01005953123		2019
NOME			
KARLA MICHELLE COELHO GOMES			
RR			
CPF / CNPJ	PLACA		
978.564.552-49	NAY3575		
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
NAY3575 - RR	902JC4820ER020129		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
MOTONET/ MOTO APLIC	ALCOOL/GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/BIZ 125 ES	2014	2014	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA		
EP/0124CC/	PARTICU		
I COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	1*	VENC / COTAS
P *PAGO*	*PAGO*	***	***
V FAIXA I PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2*	***
A ** PAGO COTA ÚNICA **		3*	***
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
R\$ 36,05	R\$ 0,00	R\$ 36,05	20/09/2019
SEGURO OBRIGATÓRIO			
SEM RESERVA DE PÓM. NÃO É PROIB. SAIR DA FAZENDA CID. *			
DOCUMENTO DE PÓTE OBRIGATÓRIO			
NAO VALORIZA TRANSFERÊNCIA			
João Alves Barbosa Presidente Interino DETAN-RR			
DATA 20/09/2019			
EXPEDIDOR			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975799381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/09/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	978.564.552-49	NAY3575
RENAVAM	MARCA / MODELO	ANO FAB.
01005953123	HONDA/BIZ 125 ES	2014
CAT. TARE	Nº CHASSI	902JC4820ER020129
FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$36,05	R\$4,01	R\$40,06
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
R\$4,15	R\$0,38	R\$44,58
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA	PARCELADO	10/09/2019

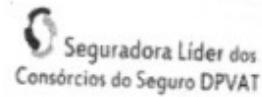
PRÉMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

O/07/2017



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468080/19

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



Presidência da República
Secretaria de Micro e Pequena Empresa
Secretaria de Rationalização 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

Mostrando resultados

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERJA

Último Arquivamento:

00003131303 - 30/12/2017

NIRE: 33.3.0028479-6

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Boleto(s): 102595004

Hash: ECC52023-D73D-4232-B033-7CC99430A9D4



Tipo Jurídico

Sociedade anônima

Porte Empresarial

Normal

REQUERIMENTO

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:

Código do Ato	Código Evento	Qtd.	Descrição do ato / Descrição do evento
017	999	1	Ata de Reunião do Conselho de Administração / Ata de Reunião do Conselho de Administração
	XXX	XXX	XX

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: FD6974386FA48220CF0DE4B56AFADDE5E2CFBF7D5CE68740F233E496AFDA80E1FB8

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
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

[Assinatura]

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LÍDER 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: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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



Seguradora Lider 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 investidura 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 crimes 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 1975, 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, ratificar 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 Lider do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas

Página 2 de 3

[Assinatura]

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: FD6974386FA48220CFDE4B56RAFADE5ECE8FFD50F68740F233E496AFDA80E1FB8

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



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



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.), Nicólas 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

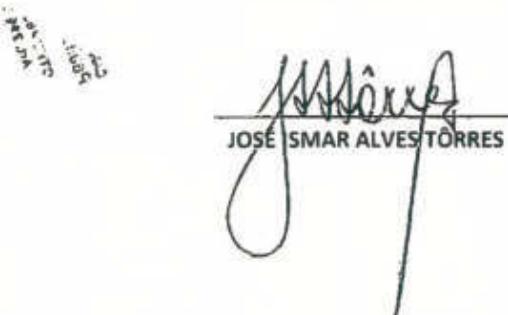
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

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 Lider 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 CONSÓRCIOS 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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECFBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerj.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 Lider 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 CONSÓRCIOS 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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECFBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB6

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





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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 1 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS 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



4995508

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, ¼ (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 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 2 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284798
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 Assembléia 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 Assembléia 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 3 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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



4998510

convocada.

M/W

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 Assembleias 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 4 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C895

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 alcada 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 alcada 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: 4BFB9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 6 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7B45C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 encriturar 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 alcada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alcada 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 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 7 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 8 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: 4BF9A0C88883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 inicio 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020183575185 - 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

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

de março de 1967.

19/6



4996516

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

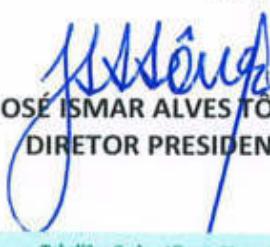
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE8208296B235403C7645C695
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 Fimro Oliveira
Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9800
ADB28690
OB8674
Reconheço por ALTERNATIVAMENTE as firmas das: **HELIO BITTON RODRIGUES** e
JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES (X00000524453)

Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por:
Em testemunho _____ de verdade.
Paulista Cristina A. D. Gaspar
Serventia
TJ-RJ
Total

17º Ofício de Notas RJ
Paulista Cristina A. D. Gaspar
1. 3.96
Escrivente
2. CTNRS.60982 série 06077 ME
3. AGE 20.5 3º Lei 8.986/94



SUBSTABELECIMENTO

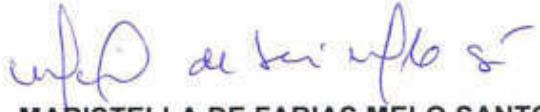
Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A; ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A, ALFA SEGURADORA S/A, ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A; AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS; ANGELUS SEGUROS S/A; ARGO SEGUROS BRASIL S/A; ARUANA SEGUROS S.A.; ASSURANT SEGURADORA S.A; ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS; AUSTRAL SEGURADORA S/A; AXA CORPORARTE 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; INVESTMAR 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; POTENCIAL 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.; SUHAI 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 mandado**





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; JOSELAINA 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 LIDER 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

