

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, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213707

Vítima: VIVALDO LOPES LIMA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VIVALDO LOPES LIMA

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



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, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213707

Vítima: VIVALDO LOPES LIMA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VIVALDO LOPES LIMA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213707

Vítima: VIVALDO LOPES LIMA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VIVALDO LOPES LIMA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

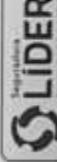
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exclui os(s) Ispóis(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> GANHOS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE															
2 - N° do síntesis da AGC:	3 - CPF do vítima:	4 - Nome completo da vítima:																	
VILIANO LOPES LIMA	665.028.032-68	VILIANO LOPES LIMA																	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZER DA REUNA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (MUTUA/DEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) CIRCULAR SOSEP Nº 445/2012																			
5 - Nome completo: VILIANO LOPES LIMA 7 - Profissão: AUTODOMÔNO 11 - Bairro: ZONA RURAL 15 - E-mail: acu1.vonrie@ymail.com, dados do REPRESENTANTE LEGAL (PAA, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 12 ANOS OU INCAPAZ COM CURADORIA	6 - CPF: 665.028.032-68 8 - Endereço: VICINHO II 12 - Cidade: MUCASA 13 - Estado: PR 14 - CEP: 69.300-000 15 - Telefone: (45) 38115-4856	9 - Nome: Sônia 10 - Complemento: PA AJUDA VILA 11 - Endereço: S/N 12 - Cidade: MUCASA 13 - Estado: PR 14 - CEP: 69.300-000 15 - Telefone: (45) 38115-4856																	
17 - Nome completo do Representante Legal:																			
18 - CPF do Representante Legal:																			
19 - Profissão do Representante Legal:																			
Declaro, para todos os fins desse direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).																			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:																			
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> RÉCUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> RÉCUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00									
<input type="checkbox"/> RÉCUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00																	
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00																	
21 - DADOS BANCARIOS:																			
<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> CONTA POPUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Aqui só informar uma opção)</td> <td><input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO IRINI (CARTÃO DA INDENIZAÇÃO (PAA, CURADOR/TUTOR))</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> <td><input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> <tr> <td>AGÊNCIA: (065-3)</td> <td>CONTA: J-2-30</td> <td>AGÊNCIA: <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Informar o agência e contas!</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Informar o número e senha!</td> </tr> </table>					<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POPUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Aqui só informar uma opção)	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO IRINI (CARTÃO DA INDENIZAÇÃO (PAA, CURADOR/TUTOR))	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: (065-3)	CONTA: J-2-30	AGÊNCIA: <input type="text"/>	Informar o agência e contas!			Informar o número e senha!		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POPUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Aqui só informar uma opção)	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO IRINI (CARTÃO DA INDENIZAÇÃO (PAA, CURADOR/TUTOR))																	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)																	
AGÊNCIA: (065-3)	CONTA: J-2-30	AGÊNCIA: <input type="text"/>																	
Informar o agência e contas!																			
Informar o número e senha!																			
<p>Autorizo a Seguradora Lider a crediar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização integral do seguro DPVAT, recorrendo a dívidas devidas a terceiros, após a efetivação do crédito, quando total do valor recebido.</p>																			
22 - DECLARAÇÃO DE AusFÉIA DA LAUDO DO IRN - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE																			
<p>Declaro, sob as penas da lei, que não tenho nenhuma restrição quanto ao meu uso de automóveis, máquinas, veículos ou similares, utilizados de maneira normal e segura, salvo que descrição da sua condição</p> <p><input type="checkbox"/> Não faço, que atendo a exigência da minha residência relativa perícias para fins de pagamento da indenização</p> <p><input type="checkbox"/> O IRN que atende a exigência do acidente ou da minha residência relativa perícias com prazo superior à 90 (noventa) dias do pedido.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O IRN que atende a exigência do acidente ou da minha residência relativa perícias com base na documentação dos meus assentamentos, salvo se proveniente a alegação de indenização por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, constando-lhe, ainda, que não submetterá a assistência médica e custos de depuradora (lei 8.114/73, art. 30, § 2º) (decreto que estabelece critérios para a concessão de auxílio-doença e auxílio-reclusão), que seja admitida pelo beneficiário que esteja concordando com a futura realização da medida ou renunciada ao direito de contratar a mesma dentro do seu conteúdo.</p>																			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE																			
23 - Estado:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (ex-Casado)	<input type="checkbox"/> Divorciado	24 - Data do óbito da vítima:															
25 - Grau de herança:	26 - Último status conjugal da vítima:	27 - Se a vítima deixou comunição, informar o nome completo:																	
28 - Vítima:	29 - Se faleceu filhos, informar:	30 - Vítima deixou:	31 - Vítima:	32 - Se a vítima deixou comunição:															
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Se faleceu filhos, informar:	30 - Vítima deixou:	Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou:															
Este campo deve ser preenchido caso a Seguradora utilize plágio, caso denunciado, a indenização do Seguro DPVAT por morte é revertida para o beneficiário beneficiário que esteja autorizado pelo beneficiário a receber a indenização, conforme o artigo 209 do Código Civil.																			
34 - Informações adicionais:																			
35 - Nome e NIF do quem avisa a rápida prisão:																			
36 - CPF do quem avisa a rápida prisão:																			
37 - (*) Assinatura de quem avisa a rápida prisão:																			
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____																			
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____																			
40 - Local e Data: Brasília, 16 abr. 2020																			
41 - Assinatura do Representante Legal (se houver):																			
42 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):																			
43 - Assinatura do Policial (se houver):																			

TESTEMUNHAS

Assinatura da testemunha
Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha
Nome: _____
CPF: _____



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

PROCURAÇÃO

VIVALDO LOPES LIMA, brasileiro, união estável, portador do RG nº. 252.118 SSP/RR, inscrito no CPF nº. 663.028.032-68, residente e domiciliado na Vicinal 11, PA Vila Nova, zona Rural, no município de Mucajai, nomeia e constitui como bastante procuradores os advogados **YANNE FONSECA ROCHA**, brasileira, advogada, devidamente inscrita na OAB/RR sob o nº 736 e **ENRICO KO FREITAG**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RR Nº 1051, com escritório profissional à Rua Barreto Leite, nº 100, Centro – Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad iudicium et extra", instância ou tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes de defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final da decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber alvará e dar quitação, desistir, reconhecer a procedência do pedido e renunciar ao direito sobre o que se funda ação, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, bem como firmar declaração de hipossuficiência econômica, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 04 de março de 2020.

VIVALDO LOPES LIMA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006957/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/02/2020 08:52
Data/Hora Fim: 15/02/2020 09:15

Origem: Pessoa Física - Particular
Delegado da Polícia: Wulpiander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Plantão Civil/

Data/Hora do Fato: 16/12/2019 16:50

Lugar do Fato

Município: Alto Alegre (RR)

Logradouro: Vicinal Samauáma

Complemento: vicinal 3, na ponte

Ponto de Referência: entre a vicinal 3 e a 2

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO
AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)

Motivo(s) Empregado(s)

Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: MARLUZIA DA SILVA BARROS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc.: 09/10/1960 Idade: 59 anos

Naturalidade: RR - Caracari

Profissão: Do Lar

Estado Civil: União Estável

Nome da Mae: Maria Macielota da Silva Barros

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 229400

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 940.297.252-87

Endereço

Município: Mucajai - RR

Logradouro: Vicinal 011- vila nova esperança

Telefone: (95) 9914-6172 (Celular) (95) 99170-8705 (Celular)

Nome Civil: VIVALDO LOPES LIMA (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc.: 02/01/1975 Idade: 45 anos

Naturalidade:MA - Lugo da Póeira

Estado Civil: União Estável

Nome da Mae: Rita Lopes Lima

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 252.118

Endereço

Município: Mucajai - RR

Logradouro: Vicinal 11

Complemento: PA/Vila Nova
Bairro: Zona Rural

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006957/2020

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço:

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	040.974.473-51	Placa	NUK0678
Renavam	01401423468	Número do Motor	E3GE-118786
Número do Chassi	WCE152DC0118786	Ano/Modelo Fabricação	2012/2012
Cor	ROXA	UF Veículo	Roraima
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	YAMAHA/FACTOR YBR125 K
Modelo	YAMAHA/FACTOR YBR125 K	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Em Movimento
Última Atualização Denúncia	17/08/2012	Situação do Veículo	ALIENACAO/FIDUCIA/PA
Nome Envolvedo	Vivaldo Lopes Lima	Envolvimentos	
		Proprietário	

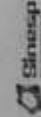
RELATO/HISTÓRICO

Comunicou nessa unidade policial a comunicação aciona qualificada, para informar que seu esposo, este suspeitado como vítima, sofreu um acidente de trânsito na data e local acima descritos e veículo acima descrevendo: Que o acidente causou uma lesão na coluna da vítima, ficando esta internada adi o dia 02/01/2020 e ainda está em recuperação, inclusive usando cadeira, fazendo fisioterapia, começando a voltar os movimentos dos membros. Que a outra parte envolvida no acidente não foi identificada, sabendo apenas que se tratava de uma outra motociclista. Que não foi registrado boletim de ocorrência na data do fato em si, devido o estado de saúde da vítima. Era o que lhe é comunicar.

ASSINATURAS

Roberto Almeida *Manuélia de Souza Barros*
José Roberto Costa Almeida
Agente Cívico
Matrícula 4330574
Responsável pelo Abastecimento

Manuélia de Souza Barros
Manuélia da Silva Barros
(Comunicante)
Declaro que os dados feitos de acordo com meu livre conhecimento e verdadeiros quanto constam no presente boletim e anexo ao mesmo, para servir de prova em eventual procedimento legal.



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800 0221204 ou 0800 0221206) (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VITIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL. * (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima
VINÍCIOS LORETO LIMA

CPF da Vítima
663.026.032-63

Data do Acidente
16/12/19

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA

Nome completo do Representante Legal

YANNE FONTECA ROCMA

Email

yanne@agorail.com

Endereço

CPF do Representante Legal

386.949.862-45

Telefone (DDI)

(95) 8115-6858

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há lajedocalimento do IML que atenda a regras do acidente ou da minha residência (não resulta perdas para fins de prova do Seguro DPVAT); ou

- O estabelecimento do IML que atende a regras do acidente ou da minha residência resulta perdas para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

- O estabelecimento do IML que atende a regras do acidente ou da minha residência resulta perdas para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

- Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidade permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à polícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da exatidão da evasão e aferição do grau de lesão, ou lesões, para fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Por vista 05 de Sep de 2020

Loreto

Campo 1 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

VALOR: R\$00,00/2020



ROCHA &
KO FREITAG
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO

VIVALDO LOPES LIMA, brasileiro, união estável, portador do RG nº. 252.118 SSP/RR, inscrito no CPF nº. 663.028.032-68, residente e domiciliado na Vila 11, PA Vila Nova, zona Rural, no município de Mucajai, nomeia e constitui como bastante procuradores os advogados **YANNE FONSECA ROCHA**, brasileira, advogada, devidamente inscrita na OAB/RR sob o nº 736 e **ENRICO KO FREITAG**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RR Nº 1051, com escritório profissional à Rua Barreto Leite, nº 100, Centro – Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o fôro em geral, com a cláusula "ad iudicium et extra", instância ou tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes de defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final da decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber alvará e dar quitação, desistir, reconhecer a procedência do pedido e renunciar ao direito sobre o que se funda ação, podendo ainda substancializar esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, bem como firmar declaração de hipossuficiência econômica, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 04 de março de 2020.


VIVALDO LOPES LIMA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala))

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apensas o representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apensas o Representante legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima VIVACIO LOPEZ Lima	CPF da Vítima 663.028.032 - 63	Data do Acidente 16/12/19
--	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal Yanira Fonseca Rocca	CPF do Representante Legal 188.979.652 - 45
E-mail adu.yanira@gmail.com	Telefone (DDI) (95) 918115-6858

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

X O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidade permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da máscerica e afirmação do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Desejo ainda esclarecer de que a autorização para a realização dessa perícia não significa previsão de condic平ia com a futura avaliação médica ou renuncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

Local e Data
Nome **Rocca**
05 de JUNHO de 2020

Camada 1 - Assinatura do Representante Legal



PROCURAÇÃO

VIVALDO LOPES LIMA, brasileiro, união estável, portador do RG nº. 252.118 SSP/RR, inscrito no CPF nº. 663.028.032-68, residente e domiciliado na Vicinal 11, PA Vila Nova, zona Rural, no município de Mucajáí, nomeia e constitui como bastante procuradores os advogados **YANNE FONSECA ROCHA**, brasileira, advogada, devidamente inscrita na OAB/RR sob o nº 736 e **ENRICO KO FREITAG**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RR nº 1051, com escritório profissional à Rua Barreto Leite, nº 100, Centro – Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia et extra", instância ou tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes de defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final da decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber alvará e dar quitação, desistir, reconhecer a procedência do pedido e renunciar ao direito sobre o que se funda ação, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, bem como firmar declaração de hipossuficiência econômica, dando tudo por bom, firme e válido.

Boa Vista/RR, 04 de março de 2020.

VIVALDO LOPES LIMA

Laudo de Alta Hospitalar Neurocirúrgico

Paciente Vivaldo Lopes Lima, internou no Hospital Geral de Roraima para tratamento conservador de lesão em coluna cervical.

Evoluiu sem intercorrências durante sua internação. RMN-coluna cervical evidenciou contusão medular cervical sem fraturas subjacentes ou espondilolisteses.

No momento encontra-se em GCS 15, pupilas isocônicas e fotorreagentes, movimentos os 4 segmentos com força diminuída (tetraparesia), sensibilidades parcialmente preservada (nível C5), pares craneianos preservados, fala fluente, consciente e orientada, funções autônomas preservadas.

Orienta-se:

1. Retorno ambulatorial com neurocirurgia;

CID: M54

Boa Vista, 02 de Janeiro de 2020



Sumaré
Neurocirurgião
CRMRR 1347

Dr. Simão Lunière
Neurocirurgião
Membro da Academia Brasileira de Neurocirurgia

CRMRR 1347

RQE 193

Laudo de Alta Hospitalar Neurocirúrgico

Paciente Vivaldo Lopes Lima, internou no Hospital Geral de Roraima para tratamento conservador de lesão em coluna cervical.

Evoluiu sem intercorrências durante sua internação. RMN-coluna cervical evidencia contusão medular cervical sem fraturas subjacentes ou espondilolistes.

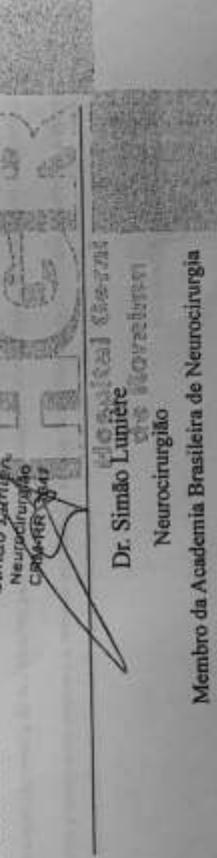
No momento encontra-se em GCS 15, pupilas isocônicas e fotorreagentes, movimenta os 4 segmentos com força diminuída (tetraparesia), sensibilidades parcialmente preservada (nível C5), pares craneianos preservados, fala fluente, consciente e orientada, funções autonomias preservadas.

Orienta-se:

1. Retorno ambulatorial com neurocirurgia;

CID: M54

Boa Vista, 02 de Janeiro de 2020



Membro da Academia Brasileira de Neurocirurgia
CRMRR 1347
RQE 193

FICHA CADASTRAL

CNPJ: 683028032-08
Nome: VIVALDO LOPES LIMA
Nasc./muco: 03/01/75
Nome da filha: RITA LOPES LIMA

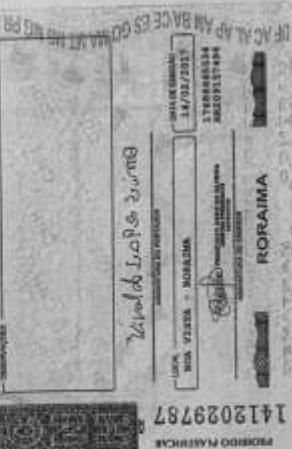
Endereço:
R UNIVERSO, 3011 - RAIAL DO SOL
69301-970 BOA VISTA - RR

Confira cuidadosamente seus dados cadastrais.
Mantenha seu endereço sempre atualizado.
Para qualquer alteração, compareça a uma
Agência de Correio, mundo desse Círculo, de
sua identidade e Titulo Eleitoral.
Isto não lhe trará qualquer despesa adicional.

Secretaria da Receita Federal



FICHA RESTANTE FRANQUEADA	
SERVIÇO DE AVIÃO CONVENIO CCT/ABR 2002	
AD REMETENDO	
VIVALDO LOPES LIMA R UNIVERSO, 3011 - RAIAL DO SOL - 69301-970 - BOA VISTA - RR 69301-970	AVIAÇÃO FERROVIÁRIA R. UNIVERSO, 3011 - RAIAL DO SOL - 69301-970 - BOA VISTA - RR RR - RFB/RR/ABR 080-10663
RR 3570 8757 RR	
SEQ. 0003545E	
N.DISTR. 080/025231744	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN

DETAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00481429468		2019
NOME FRANCOIS DUTRA DE ASSIS			
RR			
CPF / CNPJ	PLACA		
040.974.473-51	NUK0678		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
	9C6KE1520C0118795		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MFG.	
YAMAHA/FACTOR YBR125 K	2012	2012	
CAP / POT / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0124CC/	PARTICU	ROXA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
I P V A	#PAGO*	1 ^º ***** #PAGO*	2 ^º ***** 3 ^º *****
FAZIA LPVA.		PARCELAMENTO / COTAS	
** PAGO COTA ÚNICA **			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
R\$0.32	R\$0.58	R\$0.32 R\$0.58	07/10/2019
OBSERVAÇÕES			
AL.FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BR S/A * P ROIB SAIR AMAZ OCIDENTAL *			
<i>[Assinatura]</i>			
BOA VISTA		DATA	
Igo Gomes Brasil		11/11/2019	
Diretor Presidente			
DETRAN-RR			

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 014246842660 - 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.seguradoraalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 11/11/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	040.974.473-51	NUK0678
RENAVAM MARCA / MODELO		
00481429468 YAMAHA/FACTOR YBR125 K		
ANO FAB.	CHASSI	
2012	9C6KE1520C0118795	
CAT. FADE		

PRÊMIO TARIFÁRIO

TNS (R\$)	DENTRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$36,05	R\$4,01	R\$40,06
CUSTO DO BILHETE (R\$)		
R\$4,15	R\$0,32	R\$44,47
TOTAL PRÉMIO PAGO DESBONITO (R\$)		
R\$84,58		
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELA	
DATA DE QUITAÇÃO		
07/10/2019		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.600/0001-04

MAPA TRIP



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165791/20

Número do Sinistro: 3200213707

Vítima: VIVALDO LOPES LIMA

Data do acidente: 16/12/2019

CPF: 663.028.032-68

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VIVALDO LOPES LIMA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

VIVALDO LOPES LIMA : 663.028.032-68

Autorização de pagamento

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165791/20

Vítima: VIVALDO LOPES LIMA

CPF: 663.028.032-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2019

Titular do CPF: VIVALDO LOPES LIMA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VIVALDO LOPES LIMA : 663.028.032-68

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165791/20

Número do Sinistro: 3200213707

Vítima: VIVALDO LOPES LIMA

Data do acidente: 16/12/2019

CPF: 663.028.032-68

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VIVALDO LOPES LIMA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

VIVALDO LOPES LIMA : 663.028.032-68

Autorização de pagamento

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.