

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2908276120201111111222

Processo 0826872-75.2020.8.23.0010  - (27 dia(s) em tramitação)**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces 					
Realçar Movimentos <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros 					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10 500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 10	16/11/2020 11:12:22	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		10.1 Arquivo: Peticão	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2762266CONTESTACAO01.pdf	Público
		10.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2762266CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		10.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
<input type="checkbox"/> 9	12/11/2020 19:05:41	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de JONSON SAMPAIO DOS SANTOS) em 05/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (20/10/2020) e ao evento de expedição seq. 7.			SISTEMA CNJ
8	06/11/2020 00:01:28	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA
7	26/10/2020 21:43:17	Para advogados/curador/defensor de JONSON SAMPAIO DOS SANTOS com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (20/10/2020)			Analista Judiciário JARBAS LACERDA DE MIRANDA
<input type="checkbox"/> 6	20/10/2020 20:36:47	CONCEDIDO O PEDIDO	Magistrado		
5	19/10/2020 16:42:53	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
4	19/10/2020 16:42:53	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
3	19/10/2020 16:42:53	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	19/10/2020 16:42:53	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 1	19/10/2020 16:42:53	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado		



CNPJ: 05.939.467/0001-15
 Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
 FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM. 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETRO A10F198348	VOL. FATURADO 10	DESCRIÇÃO REAL			Nº DA CONTA 15437802				
DT. LEITURA ANT. 06/06/2019	DT. LEITURA ATUAL 04/07/2019	DIAS DE CONSUMO 28	LEITURA ANT. 1839	LEITURA ATUAL 1819		MÉDIA 0					
MÊS/ANO 06/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 05/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 04/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 03/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 02/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 01/2019	CONS. 0

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL N° 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas		-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRM 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO 001.031.031.0130.000	MÊS/ANO 07/2019	GRUPO 17	TOTAL A PAGAR 43,74	ROTA 05.1970

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Johnson Sampaio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.261.462 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Johnson Sampaio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.261.462 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECLUSO Renda: RECLUSO 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	Rua: 05		Número	Complemento
Bairro	Cidade Satélite	Cidade	121	Boa Vista
Email	nonatosilva638@gmail.com		Estado	RR
			CEP	69.317-471
			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
				(95) 99114-4021

Boa Vista, 28 de Setembro de 2020
Local e Data

Raimundo Nonato Silva Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

2001257151

19/07/2020 20:21:48

... da Atendimento 17 ...

1^ª Classificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 11	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	CPF
JONSON SAMPAIO DOS SANTOS		27/04/1970		50 A 2 M 22 D			Prontuário
Identidade	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Mãe				M	SOLTEIRO(A)	PARDA	NACIONALIDADE
NOEMIA SAMPAIO					Pai		BRASILEIRA
Endereço					NI		Contato
RUA - PIRABA - 305 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR							Ocupação
Class. de Risco	Promoção	Nº da Carteira		Validade		Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
OUTROS	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	Peso
Setor	URGÊNCIA						Pressão
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTÂNEA		Procedimento Sol.			
Queixa Principal							Registrado por:
							JOSIEL.ROSAS
Anamnese de Enfermagem				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)							
				GSC	TOTAL		
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
<p>Paciente caiu de cama e quebrou a mão sobre.</p> <p>Doença de ombro D queimava de frio</p>							
<p>Hipótese Diagnóstica</p> <p>070719510</p>							
<p>SADT - Exames Complementares</p> <p><input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:</p>							
<p>PRESCRIÇÃO</p> <p>Paracetamol 250 mg</p> <p>- Brum 200 mg ev</p>				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<p>Dr. Arnaldo J. H. Pereira CRM: 1554/RR / ROC: 176 Cirurgia Geral</p>							
<p>Conduta</p> <p><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica</p> <p><input type="checkbox"/> Alta a Pedido</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alta a Revelia</p> <p><input type="checkbox"/> Transferência para: ORTOP</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)</p> <p><input type="checkbox"/> Internação</p> <p>Data e Hora da Saída/Alta: / / : / : /</p> <p>VERSO</p>							
<p>Óbito</p> <p>Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMI Anatomia Patológica</p>							

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: josiel.rosas
Data Hora: 19/07/2020 20:22:47



2001257151



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA, PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME JONSON Sampaio dos Santos RECEITUÁRIO

LAVAO Manico

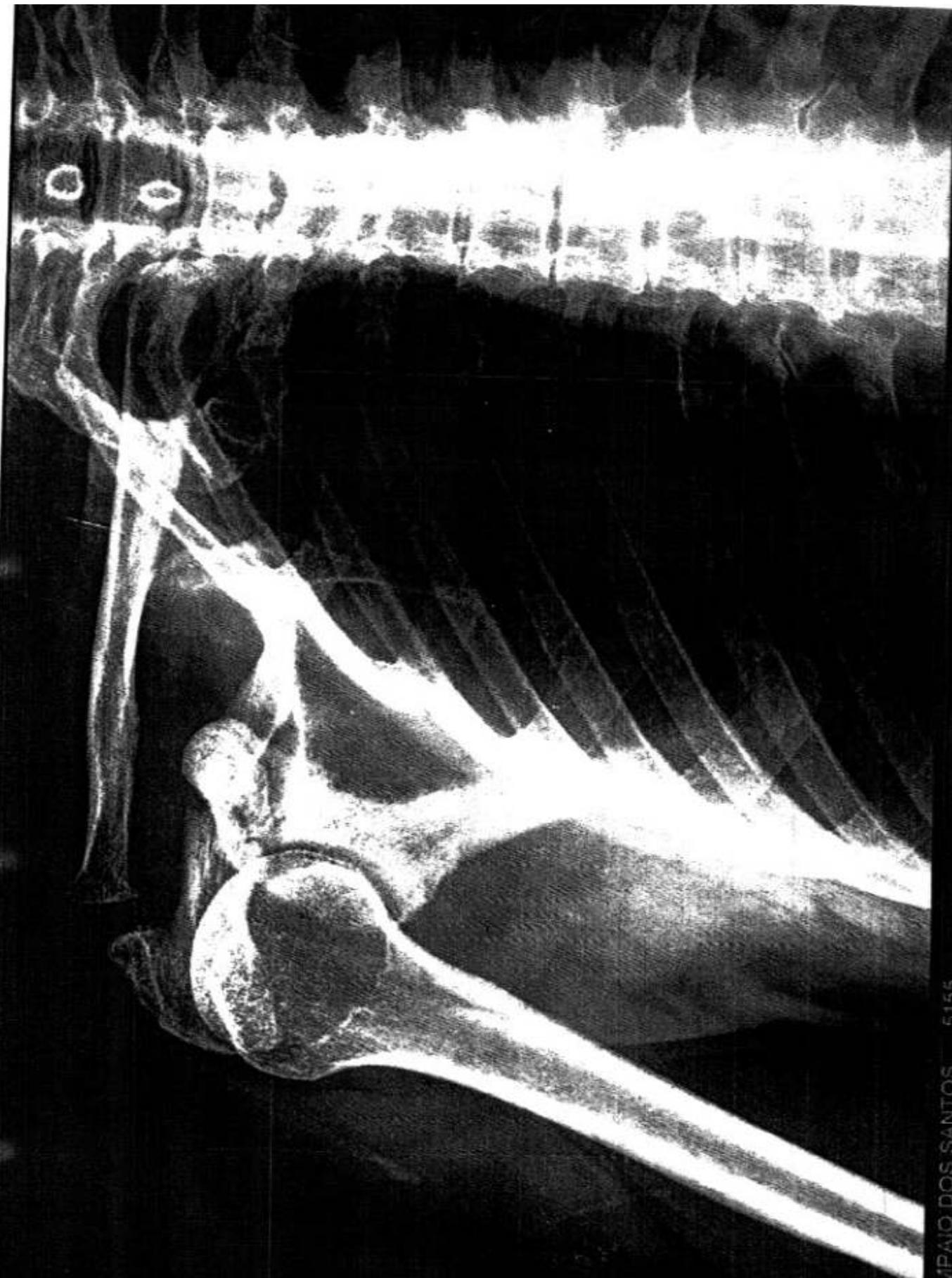
Paciente com diagnóstico a fractura
ao acrônio direito encontra-se em
tratamento e mantimento orto-
tico. Fazendo o mesmo seu tratamento
de suas lesões. Fazendo 60 (sessenta) dias
de inicio de malha
agora no 1253.

DATA 12/08/2020


Dr. Edilson Soares
Ortopedista Traumatólogo

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 64.013.408/0001-98
Telefone 2121 7474



D.

ONSON SAMPAIO DOS SANTOS 5155

HOSPITAL CORONEL MOTA

12/08/2020

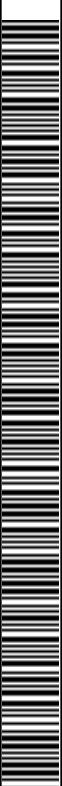
Fabíola Castro

Validação deste documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Identificador: PJ527 PDEUJ CTPW2 P461D







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200355302
Vítima: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

Cidade: Boa Vista
Data do acidente: 19/07/2020

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO OMBRO DIREITO. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

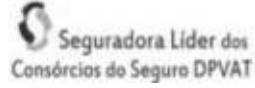
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280305/20

Vítima: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

CPF: 382.261.462-91

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 19/07/2020

Titular do CPF: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JONSON SAMPAIO DOS SANTOS : 382.261.462-91

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: 02/10/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JONSON Sampaio dos Santos
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO:
Recausas RG: 34.695.55/PR CPF: 382.261.462-91 ENDEREÇO: RUA/AV.
RUA PIRAIBA N° 305
BAIRRO: SANTA TEREZA CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69.314.092

VÍTIMA: JONSON Sampaio dos Santos
CPF: 382.261.462-91 DATA DO ACIDENTE: 19/02/2020
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Recausas
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.629.403-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

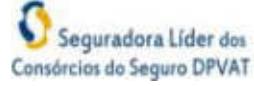
Boa Vista, 17 de Agosto de 2020

Jonson Sampaio dos Santos
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280305/20

Vítima: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

CPF: 382.261.462-91

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 19/07/2020

Titular do CPF: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JONSON SAMPAIO DOS SANTOS : 382.261.462-91

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: 02/10/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

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, 13 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200355302

Vítima: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 19/07/2020, emitido pelo Dr. ARNALDO PERES CRM nº 1554 - RR, da Instituição HGR, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

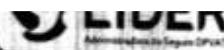
Estamos aqui para Você

Pag. 00379/00380 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 16213668

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: PJ527 PDEUJ CTPW2 P461D



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NIF do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

382.261.462-91

4 - Nome completo da vítima:

Jenison Sampaio dos Santos

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

5 - Nome completo:

Jenison Sampaio dos Santos

6 - CPF:

382.261.462-91

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

Praça Raimundo Alves Sousa

9 - Número:

556

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Jardim Tropical

12 - Cidade:

Bom Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.351-670

15 - E-mail:

menotoselva638@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 991144021

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:

RECUSO 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 bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2084

CONTA: 21091

(Informar o dígito se existir)

(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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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 IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasceu/teve

vai nascer?

 Sim Não Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

país/avós vivos?

 Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário que assinou o documento

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, _____

Jenison Sampaio dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Raimundo Vitorino Silveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FDS 001 11/11/2020

TESTEMUNHAS

Fls: 1

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020512/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/07/2020 09:32:57 Data/Hora Fim: 20/07/2020 09:32:57
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 20/07/2020
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 19/07/2020 10:00 (Hora Aproximada)

Lugar do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Santa Terezinha

Logradouro: RUA PIRAIABA

Complemento: VIA PÚBLICA

Tipo do local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
2005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: JONSON SAMPAJO DOS SANTOS (COMUNICANTE, VÍTIMA)	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino
Pr. Issão: P.º 10	Nasc: 27/04/1970 Idade: 50
Estado Civil: Solteiro(a)	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Nome da Mãe: Noemias Sampaio	Naturalidade: Boa Vista
	Nome do Pai: Jaime dos Santos

Documentos:

RG: 7478

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PIRAIABA

Bairro: Santa Terezinha

Telefone: (95) 99128-7383 (Celular)

Nº: 305

Nome Civil: GLEICY DE TAL (EN VOLVIDO)	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino
Estado Civil: Sem Informação	Idade: 30

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ADAIL OLIVEIRA ROSA

Nº: 351

Complemento: ANTIGA C - 29

Bairro: D: Silvio Leite

Telefone: (95) 99131-3364 (Celular)

Víctima	Envolvido(a)	Tempo da Relação
Outro	Jonson Sampaio dos Santos	0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)
Item Vinculo	Jonson Sampaio dos Santos	0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Fs: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020512/2020

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Outros Meios de Transporte	Subgrupo Bicicleta
Descrição BICICLETA ARO 26 GENOVA V 8 AZUL, TIFFANY 9827153	Marca GENOVA
Modelo ARO 26 TIFFANY	Número de Identificação 9827153
Fabricação Nacional	Cor AZUL
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Envolvido
Name Envolvido Jonson Sampaio dos Santos	Envolvidos Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Sr. Delegado de Policia o comunicante acima qualificado informa que no dia e horário acima citado trafegava pela via acima informada conduzindo sua bicicleta e em dado momento mudar de faixa para desviar de um buraco na via sendo colidido por uma motocicleta modelo HONDA FAN 160 conduzido pela autora que seguia logo atrás do comunicante no mesmo sentido causando a colisão entre os veículos ambos caírem; Que os dois condutores sofreram lesão corporal sendo que o comunicante foi encaminhado ao PSE pelo SAMU; Que após o acidente a autora apropriou-se da bicicleta do comunicante com a finalidade de ter os danos em sua motocicleta pago, que o comunicante procurou a autora e esta disse que não vai devolver até receber o valor referente aos prejuízos; É o que tem a comunicar. Peço providências.

ASSINATURAS

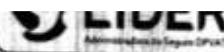
Frank Pessoa de Carvalho

Agente de Policia
Matrícula 042000410

Responsável pelo Atendimento

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

Jonson Sampaio dos Santos
Comunicante, Vítima



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NIF do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

382.261.462-91

4 - Nome completo da vítima:

Jenison Sampaio dos Santos

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

5 - Nome completo:

Jenison Sampaio dos Santos

6 - CPF:

382.261.462-91

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

Praça Raimundo Alves Sousa

9 - Número:

556

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Jardim Tropical

12 - Cidade:

Bom Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.351-670

15 - E-mail:

menatoselva638@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 991144021

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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2084

CONTA: 21091

(Informar o dígito se existir)

(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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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 IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

 Não

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim Não

33 - Vítima deixou

 Sim Não

pais/avós vivos?

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 que assinou o documento

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, _____

Jenison Sampaio dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Raimundo Nonato Silveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

MORTE

TESTEMUNHAS

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validade deste em https://projudi.jus.br/projudi/rr/jus.br/projudi/ - Identificador: PJ527 PDEUJ CTPW2 P461D

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL-Pública
15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
54ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE MATERÉIA-PB Maturéia-PB.

CERTIDÃO

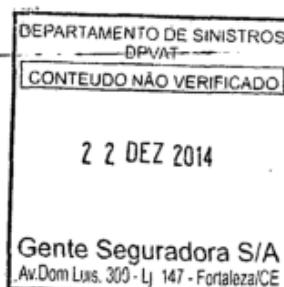
139276

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 001/2014 constatei a Ocorrência Policial nº 079/2014 cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos 20 dias do mês de agosto do ano de dois mil e quatorze nesta cidade de Teixeira-PB, Sede da Comarca, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. RÔNIS FERNANDES FEITOSA, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão *ad hoc*, ai compareceu a esta delegacia: DIMAS MOTA DE ARAÚJO, brasileiro, solteiro, agricultor, nascido em 08/09/1969, natural de Mãe D'Água/PB, filho de José Batista de Araújo e de Matilde Mota de Araújo, residente no Sítio Bom Conselho - zona rural - Maturéia/PB, o (a) qual prestou a seguinte ocorrência: QUE, o noticiante disse que na data de 08 de junho do ano em curso, por volta das 07:30 horas conduzia a motocicleta Honda CG 125 Fan, ano de fabricação e modelo 2006, cor preta, placa MNM 3295/PB, chassi 9C2JC30706R872989, licenciada em nome de Sebastiana de Oliveira N. Gouveia, por uma estrada de terra na zona rural de Maturéia/PB, quando seu sobrinho Renilson Mota Costa, trafegava no sentido contrário em outra motocicleta, e em uma curva acabou colidindo com o noticiante, tendo este saído da estrada e caído na ribanceira. QUE sofreu ferimentos na cabeça e foi socorrido pelo Samu para o Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande/PB, onde ficou internado no período de 08 à 21 de junho de 2014 e passou por cirurgia. E nada mais foi registrado. **TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRAMENTE A RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL**, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos).

Maturéia-PB, 20 de agosto de 2014.

NOTICIANTE:

Dimas Mota de Araújo



Janduílma Guedes de F. Rodrigues
Janduílma Guedes de F. Rodrigues
Escrivão Ad-hoc
Mat. 139.419-3

3M0150003



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 6010468

ARACI VALADARES DA SILVA

R. RAIMUNDO ALVES SOUZA, 586,
JARDIM TROPICAL 69314670 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1150391	MÊS 09/2020	PERÍODO DE CONSUMO 17-AUG-20 a 16-SEP-20
CONSUMO (kWh) 199	VENCIMENTO 06-OCT-20	TOTAL A PAGAR R\$ 304,56

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO
1150391

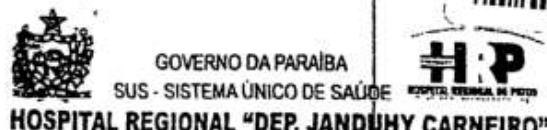
MÊS
09/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 304,56

836800000033.045600750009.000000001156.039109200053



COMP. ATO
DECLARATÓRIO



Comprovado de ato declaratório



Amor meu de Deus
Isso é medico ?
Permita que fale devo
sugere (MUN/MUN) devo
entregar com que
gostaria de → de (entregar)
entregar para monstrar
se é mesmo é falso -
nossa forma de
sempre + honesto +
intento encantado.

encantado opção
novo (novo amar)

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

