

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: 2908276120201116111222

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 de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao


à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 10	16/11/2020 11:12:22	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div>10.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2762266CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>10.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2762266CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>10.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KITSEGURADORALIDER.pdf</div><div>Público</div></div>			
<div>[+]</div> 9	12/11/2020 19:05:41	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
8	06/11/2020 00:01:28	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
7	26/10/2020 21:43:17	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário
<div>[+]</div> 6	20/10/2020 20:36:47	CONCEDIDO O PEDIDO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA 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
<div>[+]</div> 1	19/10/2020 16:42:53	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado

	CNPJ: 05.939.467/0001-15	CONTA DE AGUA
	Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610	ATENDIMENTO
	FONE GERAL: 2121-2200	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	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	13437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MEDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		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 Nº 5440/2005 G.M

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

Químico Industrial Responsável: MARTA DA CONCEIÇÃO CARVALHO BOCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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: RECUSOU Renda: RECUSOU 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		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

Boa Vista 28 de Setembro de 2020  
Local e Data

Raimundo Nonato Silva  
Assinatura do Declarante

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



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

NOME JONSON SAMPAIO DOS SANTOS RECEITUÁRIO

LAUDO MÉDICO

Presente com diagnóstico de FRACTURA  
do ACRÓMIO HUMERO ENCONTRA-SE EM  
TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO ORTO-  
PÉDICO. PERENDO O MESMO SEU ATENDIMENTO  
EM Nossos SERVIÇOS LABORATORIAIS. SOBILHO  
60 (sessenta) dias a cargo do médico  
Rogério do ISS.

DATA 12,08,2020.

Dr. Elzer Soares  
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista RR  
CEP: 69.301-150 - CNPJ 84.013.408/0001-98  
Telefone 2121 7474





D

ONSON SAMPAIO DOS SANTOS 5155

HOSPITAL CORONEL MOTA

12/08/2020

Fabiola Castro

82.5%



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO BRASIL	
ESTADO DE BONAUMA		Pólegar Direito	
			
Raimundo Nômato Silva		ASSINATURA DO TITULAR	
357035-8		20/01/2016	
RAIMUNDO NÔMATO SILVA		15/09/1960	
VANGELINA PEREIRA SILVA		AMARU NOGUEIRA TRIANI	
VARGEM GRANDE - MA		3 VIA	
CERTO NASC 2560 FLS 2 LIV A 43		475.628.443-91	
VARGEM GRANDE-MA		3 VIA	





**PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**



**DADOS DO SINISTRO**

**Número:** 3200355302 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JONSON SAMPAIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/07/2020 **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

**CPF de:** Próprio

**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](http://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

RAIMUNDO NONATO SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: JONSON Sampaio dos Santos  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: solteiro PROFISSÃO: Receita  
RG: 94169 SSP/RR CPF: 382.261.462-91 ENDEREÇO: RUA/AV. Rua Tiraíba  
BAIRRO: SANTA TEREZA CIDADE: BOA VISTA RR  
CEP: 69.314.092

VÍTIMA: JONSON Sampaio dos Santos  
CPF: 382.261.462-91 DATA DO ACIDENTE: 19/03/2020  
NATUREZA: ( ) DAMS (x) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: Receita  
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016  
Nº CPF: 475.628.463-91  
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

**CPF de:** Próprio

**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](http://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

RAIMUNDO NONATO SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 16213668

Pag. 00379/00380 - carta\_31 - INVALIDEZ



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 382.261.462-91	4 - Nome completo da vítima: JONSON 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: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS		6 - CPF: 382.261.462-91
7 - Profissão: RECURSAR	8 - Endereço: RUA RAIMUNDO ALVES SOUSA	9 - Número: 586
11 - Bairro: JARDIM TROPICAL	12 - Cidade: BOA VISTA	13 - Estado: RR
15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com	14 - CEP: 69.314.670	10 - Complemento: CASA
16 - Tel.(DDD): 195		17 - Tel.(DDD): 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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 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 type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
Nome do BANCO: BRADESCO		
AGÊNCIA: 2084 CONTA: 21091		
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> 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:		
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou		
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou		
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.		
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 da Seguradora Líder 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		
24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		
26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.		
34 - 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 - 1ª   Nome: CPF:		
Assinatura da testemunha		
39 - 2ª   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)		



Fis: 1

Visto:



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00020512/2020

**DADOS DO REGISTRO**

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

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Originação: 3º Distrito Policial

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

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Santa Tereza  
Logradouro: RUA PIRAIBA  
Complemento: VIA PÚBLICA  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
20.05: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

Nome Civil: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 27/04/1970	Idade: 50
Profissão: Motor	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto		
Estado Civil: Solteiro(a)	Naturalidade: Boa Vista		
Nome da Mãe: Noemia Sampaio	Nome do Pai: Jaime dos Santos		

**Documentos**

RG: 74118

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA PIRAIBA  
Bairro: Santa Tereza  
Telefone: (95) 99128-7383 (Celular)

Nº: 305

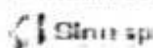
Nome Civil: GLEICY DE TAL (ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Idade: 30
Estado Civil: Sem Informação		

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA ADAIL OLIVEIRA ROSA  
Complemento: ANTIGA C - 29  
Bairro: D. Silvio Leite  
Telefone: (95) 99131-3364 (Celular)

Nº: 351

Vínculo	Envolvido(a)	Tempo da Relação
Outro	Jonson Sampaio dos Santos	0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)
Sem Vínculo	Jonson Sampaio dos Santos	0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)



Impresso por: Frank Pessoa de Carvalho  
Data de Impressão: 20/07/2020 10:04:08

Página 1 de 2  
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fs: 2  
Visto:



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

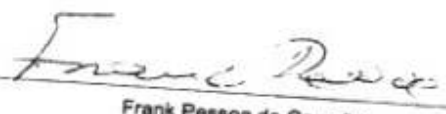
Nº: 00020512/2020

<b>OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)</b>	
Grupo Outros Meios de Transporte	Subgrupo Bicicleta
Descrição BICICLETA ARO 26 GENOVA V 8 AZUL, TIFFANY 9B27153	Marca GENOVA
Modelo ARO 26 TIFFANY	Número de Identificação 9B27153
Fabricação Nacional	Cor AZULA
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Jonson Sampaio dos Santos	Proprietário

## RELATO/HISTÓRICO

Sr. Delegado de Polícia o comunicante acima qualificado informa que no dia e horário acima citado trafegava pela via acima informada conduzindo sua bicicleta e em dado momento ao 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 vindo 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 o 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. Pede providências.

## ASSINATURAS

  
Frank Pessoa de Carvalho  
Agente de Polícia  
Matrícula 042000410  
Responsável pelo Atendimento

Jonson Sampaio dos Santos  
Comunicante, Vítima

"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 pela presente declaração que tem origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Frank Pessoa de Carvalho  
Data de Impressão: 20/07/2020 10:04:08



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

382.261.462-91

4 - Nome completo da vítima:

JOHNSON 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:

JOHNSON SAMPAIO DOS SANTOS

6 - CPF:

382.261.462-91

7 - Profissão:

Recusar

8 - Endereço:

Rua - Raimundo ALVES SOUSA

9 - Número:

586

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

JARDIM TROPICAL

12 - Cidade:

BOM VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314.670

15 - E-mail:

monatosilva638@gmail.com

16 - Tel.(DDD):  
195 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

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRadesco

AGÊNCIA:

2084

CONTA:

21091

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒

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

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

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 da Seguradora Líder 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 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

JOHNSON SAMPAIO DOS SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

RAIMUNDO VOUROS SILVA

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF: 000.000.000-00

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

CERTIDÃO

139276

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 001/2014 constatee 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 IR INTEIRA 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 DEZ 2014
Gente Seguradora S/A Av. Dom Lus, 300 - Lj 147 - Fortaleza/CE

Janduilma Guedes de F. Rodrigues  
Escrivã Ad-hoc  
Mat. 139.419-3

3M0150008



**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



GOVERNO DA PARAÍBA  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



Imps main de Arojo

Imps me'ac

Reizante com tes deido  
Aigente (MWO/MWO) de  
Empresa com que  
grupos 15 - 10 (Empres)  
Empresa para transfe  
re sômo e loco -  
masa tempo de  
serviço + Honorário +  
Benefícios.

Examinado para  
verificação (máquina)

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

