



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

1ª Vara Cível

Processo 0828225-53.2020.8.23.0010

Comarca: BOA VISTA

Data de 02/11/2020 **Situação:** Público

Classe 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Data Distribuição: 02/11/2020 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do

Tipo: Promovente

Nome: Leônidas Gomes Santos

Data de 31/05/1994 **RG:** 3600815 SSP/RR **CPF/CNPJ:** 022.247.222-73

Filiação: Neuza Gomes Santos / Domingos de Souza Santos

Advogado(s) da Parte

1018NRR ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS
2045NRR ANDRÉ CARLOS ISRAEL

Tipo: Promovido

Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Data de Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

02/11/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL.

Data: 02/11/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Por: ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição Inicial
- Procuração
- Declaração de Hipossuficiência
- Procuração Pública
- Documentação Pessoal
- Comprovante de Residência
- Conta Bancária
- Boletim de Ocorrência
- Documentação Médica
- Pedido do Seguro DPVAT
- Declaração de Prevenção de Lavagem de Dinheiro
- Resposta do Pedido do Seguro DPVAT
- Tabela DPVAT



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Leondas Gomes Santos
Nacionalidade: Brasileiro **Estado Civil:** Solteiro
Profissão: Agente de Limpeza **RG:** 360081-5 **SSP/RR**
CPF: 022.247.222-73 **Endereço:** Rua José Albeir Sampaio **Nº:** 2422
Bairro: Senador H. Campos **CEP:** 69316508 **Município:** Boa Vista / RR
Telefone: (95) 98416 - 0580 **E-mail:** leondas58@gmail.com

Pelo presente instrumento procuratório, nomeio e constituo, como meus procuradores, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, e **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/RR sob o nº. 2045-N, ambos com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo substabelecer esta procuração com ou sem reserva de iguais poderes.

Boa Vista/RR, 14 de outubro de 2020.

x Leondas Gomes Santos
Outorgante

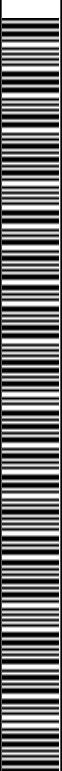
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Leondas Gomes Santos
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: Agente de Limpeza RG: 360081-5 SSP/RR
CPF: 022.847.222-73 Endereço: Rua Jose Albeir Sampaio Nº: 2422
Bairro: Senador H. Campos CEP: 693165-08 Município: Boa Vista/RR
Telefone: (95) 98416-0580 E-mail: Leondas53@gmail.com

Pelo presente documento, declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado hipossuficiente na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 14 de outubro de 2020.

* Leondas Gomes Santos
Declarante



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Leondas Gomes Santos

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 36 00 81-S

ENDEREÇO: Rua: Jose Alber Samario, 2422, Helio Campos

OUTORGADO

NOME: Sleir Snacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114 807

ENDEREÇO: Rua: Antonio Pinheiro Galvão -882, Buritis

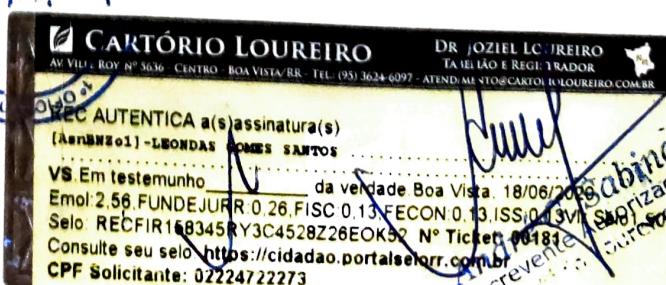
Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data:

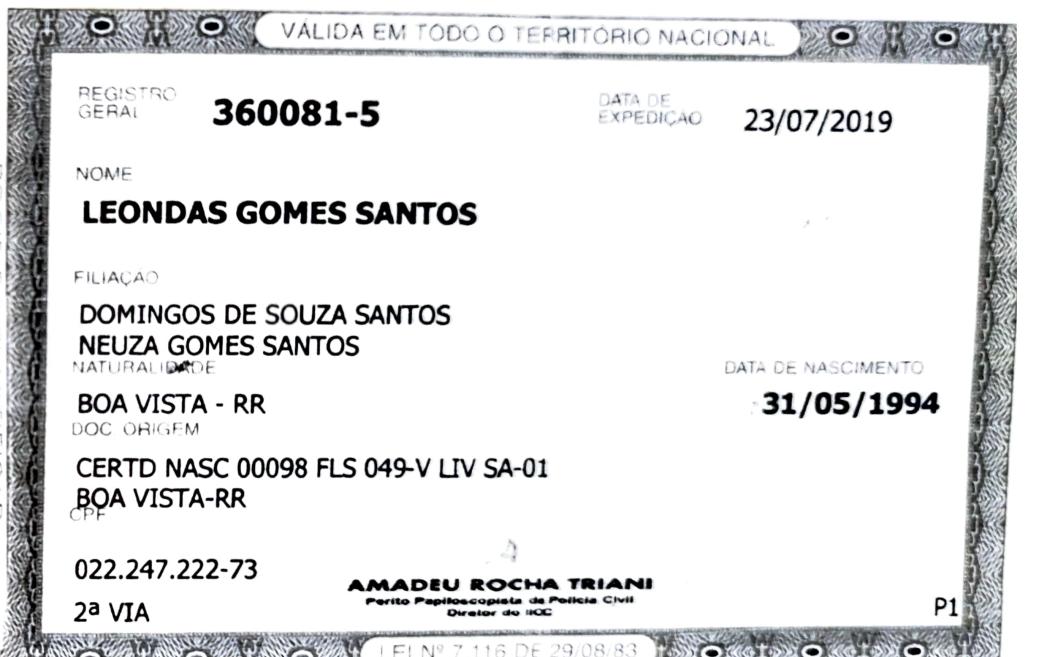
13/06/2020 cobertura Imovelvez, vitima:

Leondas Gomes Santos



NOTA: Certifico que o presente documento foi apresentado neste cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.





TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.535 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

126.51496.66.0

NUMERO

0270023

003-0

RR

Leonidas Gomes Santos

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

LEONIDAS GOMES SANTOS

PRACAO.....; DOMINGOS DE SOUZA SANTOS

NASCIMENTO.....; NEZIA GOMES SANTOS

ESTADO CIVL...: SOLTEIRO

DOCUMENTO: RG: 360015669P PR

NATURALDE: BOA Vista - RR

OFF: TIT. ELEITOR:

LICENCIAMENTO DE EMISSAO: SEI/RR - 1908/2008

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

- | | | | |
|------------------|--------------|-----------------------------------|------------------------|
| A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO |
| B - SEP.JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA | |

18/06/2020

Via de Pagamento para o mes/ano 06/2020 referente a UC 762563



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: 5335510

NEUZA GOMES CASTANHO

R. JOSE ALBER SAMPAIO, 2422 ,

SENADOR HELIO CAMPOS 69316508 BOA VISTA

RR

| | | |
|---------------|------------|-----------------------|
| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | PERÍODO DE CONSUMO |
| 762563 | 06/2020 | 09-MAY-20 a 09-JUN-20 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| 226 | 01-JUL-20 | R\$ 284,88 |

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 | MÊS | TOTAL A PAGAR |
| 762563 | 06/2020 | R\$ 284,88 |

836200000021.84880075004.000000000760.256306200054







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 8691/2020 - Registrado em: 12/08/2020 às 12h 48min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 13/06/2020 às 17h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: S-24

Nº: S/N

CEP:

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

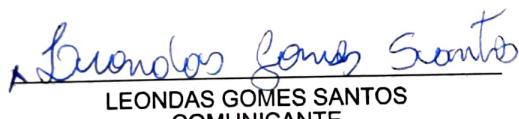
LEONDAS GOMES SANTOS (26), nascido(a) em 31/05/1994, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de NÃO INFORMADO, CPF Nº 022.247.222-73, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de NEUZA GOMES NÃO INFORMADO, endereço: JOSE ALBER SAMPAIO, cep: 69316-508, Nº: 2422, bairro: SENADOR HELIO CAMPOS, BOA VISTA-RR, Telefone: .

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A HONDA/BIZ 125, DE COR; PRATA, ANO: 2020/2020, CHASSI: 9C2JC4830LR025527 DE PROPRIEDADE DE IOLARA ALVES BARBIERI, NO ENDEREÇO E HORARIO ACIMA CITADOS QUANDO AO CHEGAR NO CRUZAMENTO O CARRO FIAT UNO DE COR VERMELHA, INVADIU SUA PREFERENCIAL E NAO TENDO COMO DESVIAR ACABOU COLIDINDO COM O VEICULO, COM O IMPACTO VEIO A CAIR SOFRENDO TRAUMA EM SEU TORNOZELO DIREITO, FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO AO HOSPITAL COSME E SILVA. ESTE É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

RONALDO LUIZ DE SOUZA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: SIAFI 710354
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


LEONDAS GOMES SANTOS
COMUNICANTE

| | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|-------------------------------|---|---|------------------------------------|
| GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1º Classificação SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA | | | | <input type="checkbox"/> Vermelho | <input type="checkbox"/> Vermelho | <input type="checkbox"/> Vermelho |
| | | | | <input type="checkbox"/> Laranja | <input type="checkbox"/> Laranja | <input type="checkbox"/> Laranja |
| | | | | <input type="checkbox"/> Amarelo | <input type="checkbox"/> Amarelo | <input type="checkbox"/> Amarelo |
| | | | | <input type="checkbox"/> Verde | <input type="checkbox"/> Verde | <input type="checkbox"/> Verde |
| | | | | <input type="checkbox"/> Azul Ass. | <input type="checkbox"/> Azul Ass. | <input type="checkbox"/> Azul Ass. |
| 2000771283 | 13/06/2020 18:42:37 | FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA | | | TARDE 13-19 | 136 |
| Paciente LEONDAS GOMES SANTOS | | Data Nascimento 31/05/1994 | Idade 26 A 0 M 13 D | CNS | CPF | Prontuário |
| Documento TIPO DOC | Órgão Emissor Document | Data Emissão M | Sexo NAO | Estado Civil PARDA | Naturalidade BOA VISTA - RR | Nacionalidade BRASILEIRA |
| Mãe NEUZA GOMES SANTOS | | | | | Contato (95) 99152-2738 | Ocupação |
| Endereço AVENIDA - ABEL MONTEIRO REIS - 1308 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR | | | | | | |
| Class. de Risco | Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal | |
| Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIMENTO | Caráter do Atendimento URGÊNCIA | Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão |
| Setor RECEPÇÃO SPA / URG / E | Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA | | Procedimento Sol. | | Registrado por REGINALDO PORTO | |
| Queixa Principal | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>Alergia a comorbididades q</i> | | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | GSC AQ: 1234 RV: 12345 MPV: 123456 15 | | | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 18:50 h) Repetiu acidente (moto x carro) há 1 hora. Refere dor em tornozelo direito e ombro (E); apresenta Exame Físico escoriogênio em seio ósteno. <i>B60 - NOT 6 ISSA, espasmo do seio Tornozelo (D) com edema local + Ombro (E) dor à movimentação.</i> | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica <i>Fratura? luxação.</i> | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAID-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 _____ | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO <i>Do Tularitil 40mg (EU) E - Disprona 15 (EU)</i> | | | | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO | |
| <i>Reavaliar c/ exame - Dra. Camila Melo Medicina CRM/RN 2033</i> | | | | | | |
| <i>* 15:31 - Sobre prontidão da ortopedia.</i> | | | | | <i>DR. ROBERTO REZ RODRIGUES MEDICO CRM/RN 1946</i> | |
| Conduta | <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: | | | <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação | Data e Hora da Saída/Alta: _____ | |
| Óbito | Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/> Sim) (<input type="checkbox"/> Não) | | | Destino: (<input type="checkbox"/> Família) (<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica) | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável | | | | Carimbo e Assinatura do Médico | | |
| Impresso por reginaldo porto Data/Hora: 13/06/2020 18:45:25 | | | |  CONFERE COM ORIGINAL Em 26 / 06 / 2020 Ass.: Neide Corrêa Loure | | |

Ortopedico

Acidente de trânsito com fratura no pé , torcendo o

do polegar , entor

ou fraturas ?

as quebras nos ossos

foto foto - retorno ao atendimento Dr. Roberto

Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 17151 ROE 814

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26 / 06 / 2020

ASS.: Neide Corrêa

DIREITO



LEONIDAS GOMES SANTOS

02-07-2020 10:24:53





LEONIDAS GOMES SANTOS

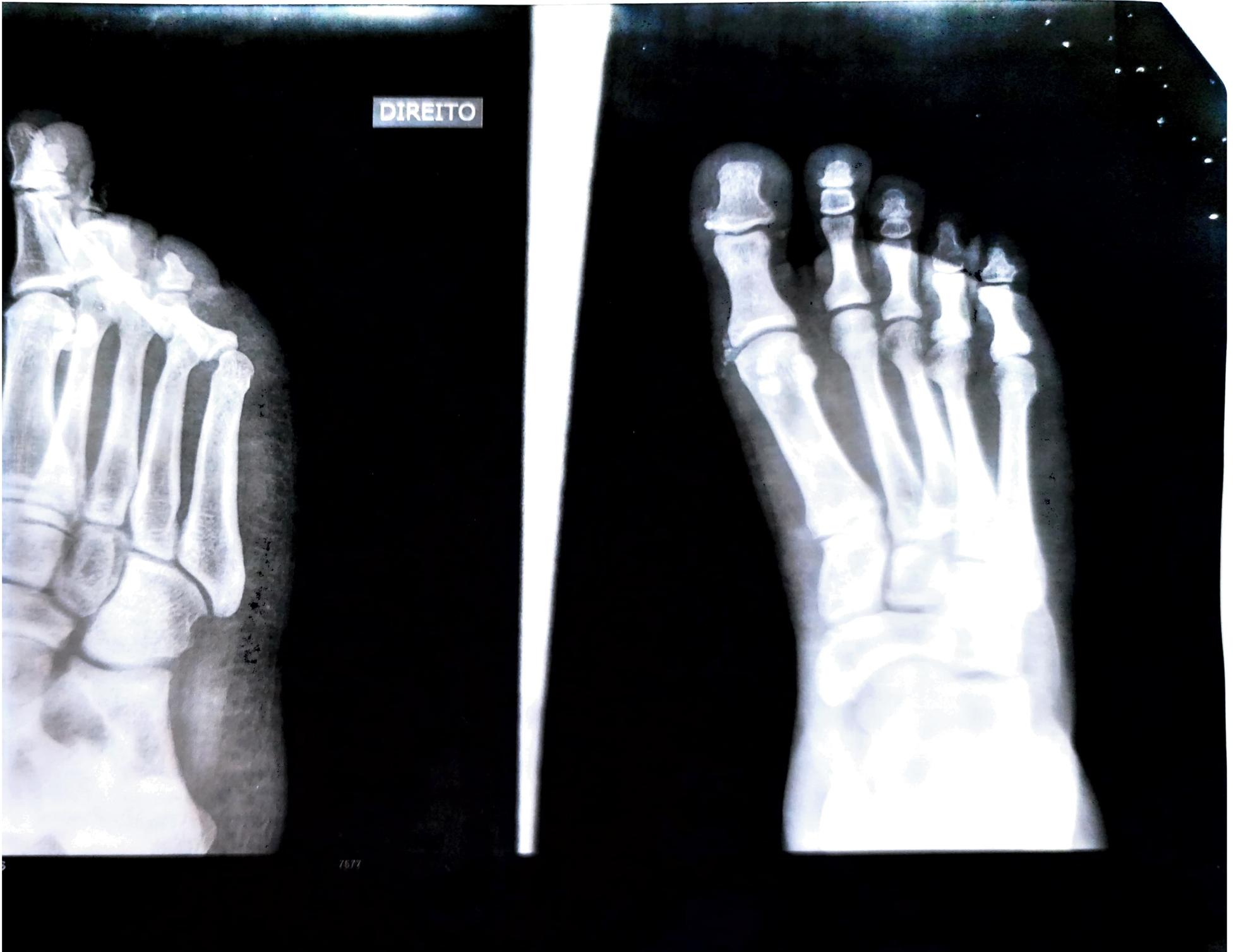
0 ano(s) 31-05-1994

7677

13-06-2020 19 10 46

POLICLINICA COSME E SILVA





7677





LEONDAS GOMES SANTOS

0 ano(s) 31-05-1994

7677

13-06-2020 19 10 46

POLICLINICA COSME E SILVA



D



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: PJYTK 97QNP G4TQH XV82Y



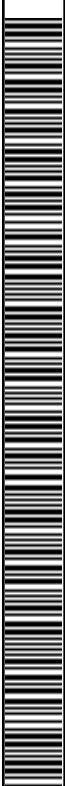
LEONDAS GOMES SANTOS
HOSPITAL CORONEL MOTA

5152

12/08/2020

Ana Quezia

96.3 %





LEONDAS GOMES SANTOS

5152

HOSPITAL CORONEL MOTA

12/08/2020

Ana Quezia



D





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:

029.947.222-73 Leondos Gomes Santos

1 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo:

Leondos Gomes Santos

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua. José Alber Sampaio

11 - Bairro:

Serrado N.C

12 - Cidade:

Boa Vista

14 - E-mail:

leondosgomes.santos@gmail.com

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: 3092

CONTA: 50196-

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 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, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - 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 Não

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não

30 - Vítima deixou nascituro (váinascer)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim Não

33 - Vítima deixou pais/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

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

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

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

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR 15/10/2020
Leondos Gomes Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ5VJB3JTJR4F33FMMQY

TESTEMUNHAS



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Flávia Inacio de souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Igeondas Gomes Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.247.222-73,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Igeondas Gomes Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.247.222 / 73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

| | | | | |
|-----------|-------------------------------|---------|------------------|-----------------------------|
| Endereço: | <u>Rua: Antônio P. Galvão</u> | Número: | <u>1832</u> | Complemento: |
| Bairro: | <u>Boa Vista</u> | Cidade: | <u>Boa Vista</u> | Estado: |
| E-mail: | <u>II0IRR@HOTMAIL.COM</u> | | <u>RR</u> | CEP: <u>69.309 - 209</u> |

Local e Data: Ba Vista - RR, 15/09/2020

Assinatura do Declarante

3200/32938

SINISTRO 3200329318 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LEONDAS GOMES SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN

CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz

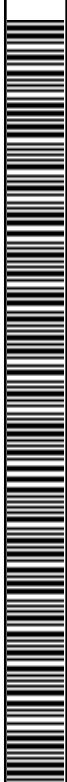
BENEFICIÁRIO LEONDAS GOMES SANTOS

CPF/CNPJ: 02224722273

Posição em 27-10-2020 20:28:30

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

| Descrição | Tipo | Status | Nome |
|--------------------------------|--------|--------------|------|
| Boletim de ocorrência | Vitima | Não Conforme | |
| Documentação médico-hospitalar | Vitima | Não Conforme | |



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



Seguradora Líder · DPVAT

ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

| Danos Corporais Previstos na Lei | Total (100%) | Intensa (75%) | Média (50%) | Leve (25%) | Residual (10%) |
|---|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior | | | | | |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral | | | | | |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00 |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos | R\$ 9.450,00 | R\$ 7.087,50 | R\$ 4.725,00 | R\$ 2.362,50 | R\$ 945,00 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés | R\$ 6.750,00 | R\$ 5.062,50 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.687,50 | R\$ 675,00 |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho | | | | | |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar | R\$ 3.375,00 | R\$ 2.531,25 | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75 | R\$ 337,50 |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo | | | | | |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | R\$ 1.350,00 | R\$ 1.012,50 | R\$ 675,00 | R\$ 337,50 | R\$ 135,00 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | | | | | |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço | | | | | |



Data: 02/11/2020

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 1ª Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

PROJUDI - Processo: 0828225-53.2020.8.23.0010 - Ref. mov. 3.0
02/11/2020: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 02/11/2020

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ

Data: 02/11/2020

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

Data: 02/11/2020

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ

03/11/2020: CONCEDIDO O PEDIDO .

Data: 03/11/2020

Movimentação: CONCEDIDO O PEDIDO

Por: BRUNO FERNANDO ALVES COSTA

Relação de arquivos da movimentação:

- Decisão

Data: 04/11/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Leônidas Gomes Santos com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/11/2020)

Por: Jhonatan de Almeida Santil