



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

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 SSPI RR
CPF: 022.247.222-73 Endereço: Rua José Albei Sampaio Nº: 2422
Bairro: Senador H. Campos CEP: 69316508 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 98416 - 0580 E-mail: leondass8@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

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 99118-5777
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: http://www.abhneradvcon.com.br

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Leonidas Gomes Santos
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: Agente de Limpeza RG: 360081-5 SSP/ RR
CPF: 022.247.222-73 Endereço: Rua: Jose Alber Sampaio Nº: 2422
Bairro: Senador H. Campos CEP: 693165-08 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 98416-0580 E-mail: leonidas58@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.

x Leonidas Gomes Santos
Declarante



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Leondas Gomes Santos
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Autônomo
IDENTIDADE: 360081-S
ENDEREÇO: Rua: Jose Allen Sampaio, 2422, Helio Campos

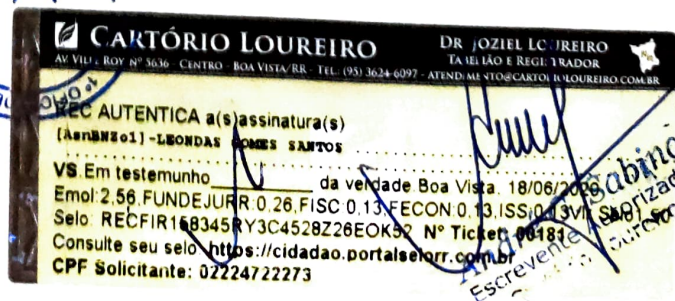
OUTORGADO

NOME: Abner Inacio de Souza
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Autônomo
IDENTIDADE: 114807
ENDEREÇO: Rua: Antonio Pinheiro Galvão 882, Burtis

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 Invalidez, vítima:


Leondas Gomes Santos


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




REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



 Polegar Direito



LEONDAS GOMES SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **360081-5** DATA DE EXPEDIÇÃO **23/07/2019**

NOME **LEONDAS GOMES SANTOS**

FILIAÇÃO **DOMINGOS DE SOUZA SANTOS**
NEUZA GOMES SANTOS

NATURALIDADE **BOA VISTA - RR** DATA DE NASCIMENTO **31/05/1994**

DOC ORIGEM **CERTD NASC 00098 FLS 049-V LIV SA-01**
BOA VISTA-RR

CPF **022.247.222-73**

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor do IOC

P1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 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 PREVIDENCIA SOCIAL

~~126.51496.66-0~~

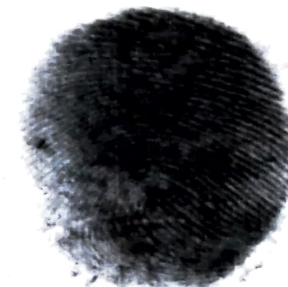
0270023

003-0

RR

Leonidas Gomes Santos

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

LEONDAS GOMES SANTOS

FILIAÇÃO.....: DOMINGOS DE SOUZA SANTOS

NEUZA GOMES SANTOS

NASCIMENTO.....: 21/05/1994

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. 3600815 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF:

CNH:

TT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 19/09/2008

Assinatura Digital

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO.....

DATA DE NASC. DE 21/05/1994
DOCUMENTO RG - 3.2081-8

PARA: *Heitor Nery*
Chefe Substituto do NERPROF
MAL. STAPE 0705101
SRTE/RR

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME.....

DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME.....

DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME.....

DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

LEGENDA

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

03

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

836200000021.848800750004.000000000760.256306200054







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA 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

Logradouro: S-24

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local:

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 SANTOS e , 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 POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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


LEONDAS GOMES SANTOS
COMUNICANTE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
PRONTO ATENDIMENTO COSMIL F. SILVA			<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA			<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		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
LEONDAS GOMES SANTOS		31/05/1994		26 A O M 13 D							
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
								M		NAO	
Mãe		NEUZA GOMES SANTOS		DOMINGOS DE SOUZA SANTOS		(95) 99152-2738		Nacionalidade		BRASILEIRA	
Endereço		AVENIDA - ABEL MONTEIRO REIS - 1308 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por					
RECEPÇÃO SPA / URG / E		DEMANDA ESPONTANEA				REGINALDO PORTO					
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue									
		Alergia e comorbidades									
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL							
		AO: 1234 RV: 12345 MPV: 123456		15							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 18:50 h)		Refere acidente (moto x carro) há 1 hora. Refere dor em tornozelo direito e ombro (E); apresenta									
Exame Físico		escorregão em ret. direito. BGO: 10T6, 13A, eupneico ao Tornozele (D) com edema local. Ombro (E) dor à movimentação.									
Hipótese Diagnóstica		Fratura? luxação.									
SADT - Exames Complementares		<input checked="" 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									
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO							
Do. Tulatid 4mg (EU)											
e. Dipirona 1g (EU)											
Reavaliar c/ exame.											
15:31 - solic. avaliação da ortoped.											
Conduta		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Ambulatorio		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)		<input type="checkbox"/> Internação		Data e Hora da Saída/Alta: / /	
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Alta a Revelia		<input type="checkbox"/> Transferência para							
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 Lave											



Ortopedia

Acidente de trânsito com trauma em pé, tornozelo e

do tornozelo, edema

do pé - fraturas?

Atividade nos momentos

de trabalho - retorno ao trabalho com o pé gesso

Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1715 / RQE 814

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26 / 06 / 2020

Ass.: Neide Corrêa Lima

DIREITO



LEONIDAS GOMES SANTOS

6072

02-07-2020 10:24:53



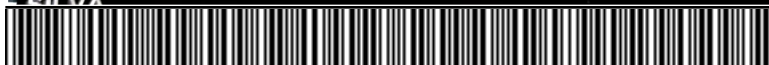
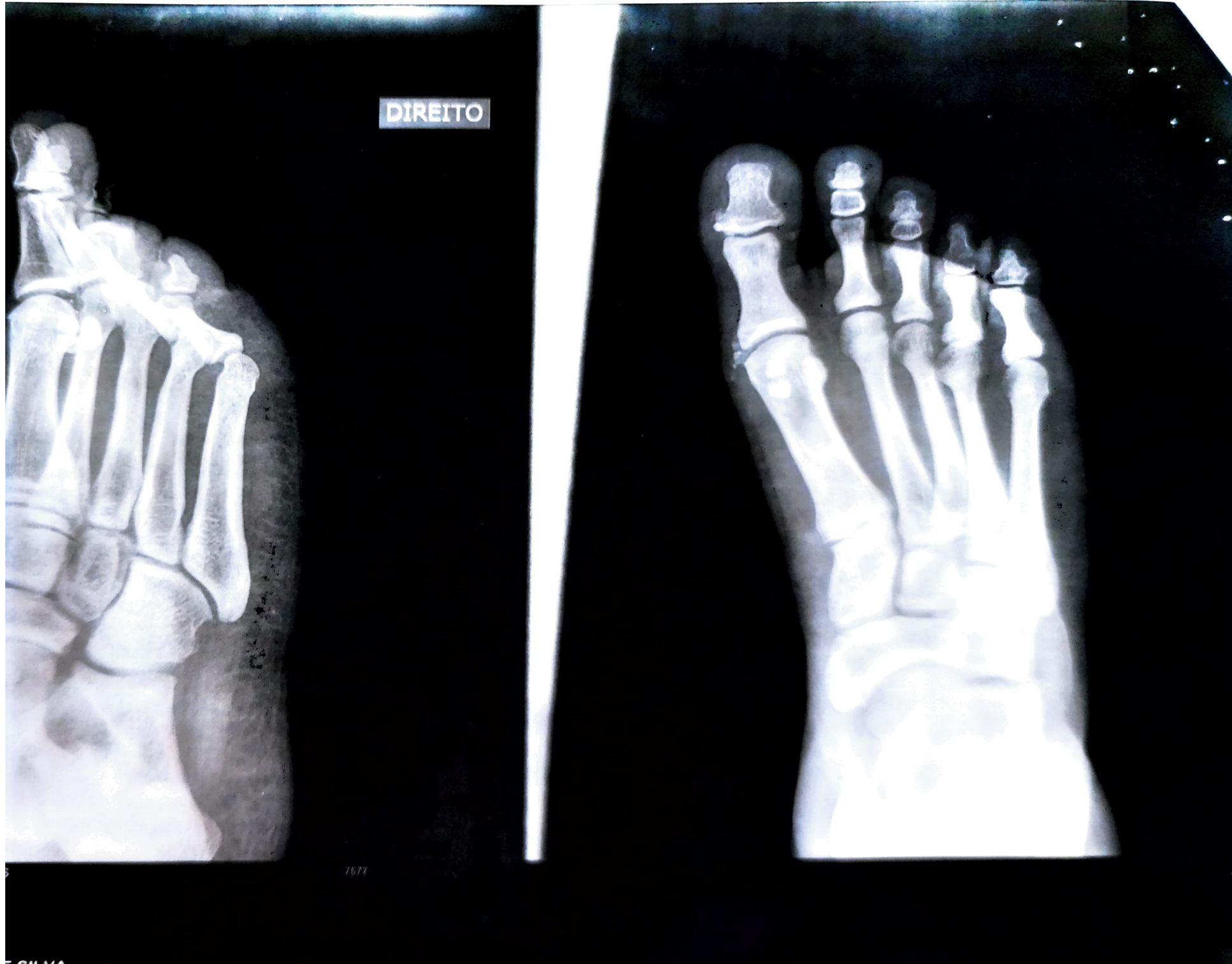


LEONDAS GOMES SANTOS

0 ano(s) 31-05-1994

13-06-2020 19 10 46

POLICLINICA COSME E SILVA





LEONDAS GOMES SANTOS

0 ano(s) 31-05-1994

13-06-2020 19 10 46

POLICLINICA COSME E SILVA







LEONDAS GOMES SANTOS

5152

HOSPITAL CORONEL MOTA

12/08/2020

Ana Quezia

96.3 %





D



LEONDAS GOMES SANTOS
HOSPITAL CORONEL MOTA

12/08/2020
5152

Ana Quezia





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:

4. Nome completo da vítima:

099.247.229-73

Leondas Gomes Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5. Nome completo:

Leondas Gomes Santos

7. Profissão:

Autônomo

8. Endereço:

Rua. Jose Alber Sampaio

11. Bairro:

Senador H.C

12. Cidade:

Boa Vista

15. E-mail:

leondas@hotmail.com

6. CPF:

099.247.229-73

9. Número:

9422

10. Complemento:

13. Estado:

RR

14. CEP:

69316508

16. Tel (DDD):

(91) 984045368

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3097

CONTA:

50126-

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - 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 (vair 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 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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 15/09/2020

Leondas Gomes Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 Ilair Inacio de Souza

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Leonidas 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>4832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Boa Vista</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILAIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): _____

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

Assinatura do Declarante

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



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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
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	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 superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	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 dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



02/11/2020: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO.

Data: 02/11/2020

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 1ª Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

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

02/11/2020: RECEBIDOS OS AUTOS.

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

04/11/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

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