

## 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:**  
**2926202320201202174833**

### Processo 0828225-53.2020.8.23.0010 - (29 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)
<b>Realces</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Realçar Movimentos</b> <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  <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória       </div>					
<b>Filtros</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Movimentado Por:</b> <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  <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/>  <b>Descrição:</b> <input type="text"/> </div>					

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág. **1**

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>			
12	02/12/2020 17:48:33	Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
		12.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2766519CONTESTACAO01.pdf Público
		12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2766519CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
		12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público
11	24/11/2020 10:32:33	<b>RENÚNCIA DE PRAZO DE LEÔNIDAS GOMES SANTOS</b> Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (03/11/2020)	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS <b>Advogado</b>
10	19/11/2020 14:29:18	<b>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA</b> Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 19/11/2020 referente ao evento de expedição seq. 9.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
9	17/11/2020 14:30:45	<b>EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE</b> Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	DEBORA LIMA BATISTA <b>Analista Judiciária</b>
8	16/11/2020 00:02:15	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Leônidas Gomes Santos) em 16/11/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
7	04/11/2020 19:32:04	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> 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)	Jhonatan de Almeida Santil <b>Analista Judiciário</b>
6	03/11/2020 07:39:31	<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b>	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA <b>Magistrado</b>
5	02/11/2020 18:05:37	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ
4	02/11/2020 18:05:37	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ
3	02/11/2020 18:05:37	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	02/11/2020 18:05:37	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b>	SISTEMA CNJ



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, 17 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200329318**

**Vítima: LEONDAS GOMES SANTOS**

**Data do Acidente: 13/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LEONDAS GOMES SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 16131515





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, 21 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200329318**

**Vítima: LEONDAS GOMES SANTOS**

**Data do Acidente: 13/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LEONDAS GOMES SANTOS**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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, 05 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200329318**

**Vítima: LEONDAS GOMES SANTOS**

**Data do Acidente: 13/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LEONDAS GOMES SANTOS**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos laudos dos exames realizados, tais como, Raio X, Tomografia e/ou Ressonância Magnética, pois não foram entregues. Não é necessário apresentar as películas/chapas dos exames.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01435/01436 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 16188660



## 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:  
099.947.229-73 Henodus Gomes 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:

Henodus Gomes Santos

6 - CPF: 099.947.229-73

7 - Profissão:

Autônomo

11 - Bairro:

Senador H. C.

15 - E-mail:

HenodusGomesSantos@gmail.com

8 - Endereço:

Av. Jose Alber Sempio

12 - Cidade:

Belo Horizonte

9 - Número: 3422

10 - Complemento:

RR 69336508

(31) 384045368

13 - Estado: 14 - CEP:

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:

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

3097

CONTA:

50596-0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

\_\_\_\_\_

CONTA:

\_\_\_\_\_

(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  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  Sim  Não

pais/avós vivos?  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

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: Boa Vista - RR 15/109/2020

Henodus Gomes Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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**

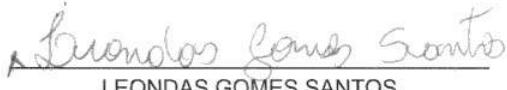
LEONDAS GOMES SANTOS (26), nascido(a) em 31/05/1994, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de NÃO INFORMADO, CPF Nº 022.247.222-73, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de NEUZA GOMES SANTOS e , endereço: JOSE ALBER SAMPAIO, cep: 69316-508, Nº: 2422, bairro: SENADOR HELIO CAMPOS, 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 POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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

  
LEONDAS GOMES SANTOS

COMUNICANTE



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

762563

MÊS

06/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 284,88

836200000021.848800750004.000000000760.256306200054



Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC: 1096



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: 5263295

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4  
BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

### 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
1089170	05/2020	R\$ 554,71





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Shair Imacia 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 Invalido 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: Cintânia P. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:			
Bairro:	<u>Buriti</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>IL01RRR@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD):			

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

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1º Classificação Reclassificação SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Vermelho PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA Laranja RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA Amarelo Azul Ass. Verde				Reclassificação Vermelho Vermelho Laranja Laranja Amarelo Amarelo Verde Verde Azul Ass.	Reclassificação Vermelho Vermelho Laranja Laranja Amarelo Amarelo Verde Verde Azul Ass.		
2000771283	13/06/2020 18:42:37	FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA			TARDE 13-19	136	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
LEONDAS GOMES SANTOS		31/05/1994	26 A 0 M 13 D				
Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade			
M	NAO	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA			
Mãe	INFORMADO						
NEUZA GOMES SANTOS			DOMINGOS DE SOUZA SANTOS	Contato	(95) 99152-2738	Ocupação	
Enderéco							
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	Pressão	
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				
RECEPÇÃO SPA / URG / E	DEMANDA ESPONTANEA						
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febre <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>Alergia a comorbididades</i>						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL		
				AQ: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 18:50h)	<i>Repetiu acidente (metrô x carro) há 1 hora. Refere dor em tornozelo direito e ombro (E) ; apresenta dor no tornozelo (D) com edema local + ombro (E) dor à movimentação.</i>						
Exame Físico	<i>escorião em se direto.</i>						
	<i>B60-NOT 6, ISSA, eupneico as</i>						
	<i>Tornozelo (D) com edema local + ombro (E) dor à movimentação.</i>						
Hipótese Diagnóstica	<i>Fratura ? luxação.</i>						
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
<i>40. Tuletil 40mg (GU) 2 - Diprofona 15 (EV)</i>							
<i>Re: avaliar c/ exame - Dra. Camila Melo Médica CRM-RR 26397</i>							
<i>* 15:31 - sobrelo pratica da ortopedia.</i>					<i>Dr. Romulo Riz Rodrigues MÉDICO CRM-RR 1956</i>		
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: / / / / / /						
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Pátologica					
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: reginaldo.porto Data Hora: 13/06/2020 18:45:25			<i>WV - PORTO</i>				
ECCO Sistech, Soluções em Tecnologia www.sistech.com.br			<i>CONFERE COM ORIGINAL</i>				
			<i>Em 26/06/2020</i>				

Ortopedico

Acidente de trânsito com fratura no pé e fraturado o

braço esquerdo, entre

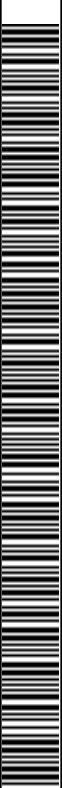
2º e 3º dedos?

Ob. quebra nos ossos

foto foto - refira as acm o Dr. quebra

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

CONFERE COM ORIGINAL  
Em 26 / 06 / 2020

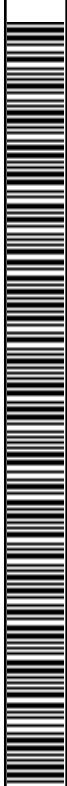


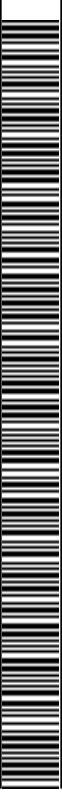


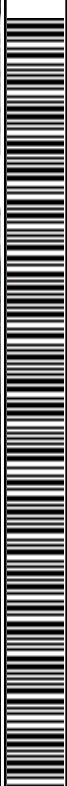
LEONDAS GOMES SANTOS  
0 ano(s) 31-05-1994

13-06-2020 19:10:46

POLICLINICA COSME E SILVA









D

LEONDAS GOMES SANTOS  
HOSPITAL CORONEL MOTA

12/08/2020

1133 %

12/08/2020

05.08.2020

9.11.2020

Ana Quirino

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: PJT18 Hv9Z7 ZXSW SZCMK



Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC: 1096



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: 5263295

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

### 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
1089170	05/2020	R\$ 554,71

750009.000000001081.917005200055

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096

VALIDADE: 28/01/2020  
Nº REGISTRO: 01101912304  
VALIDADE: 15/12/1999  
Nº HABILITACAO: 1096

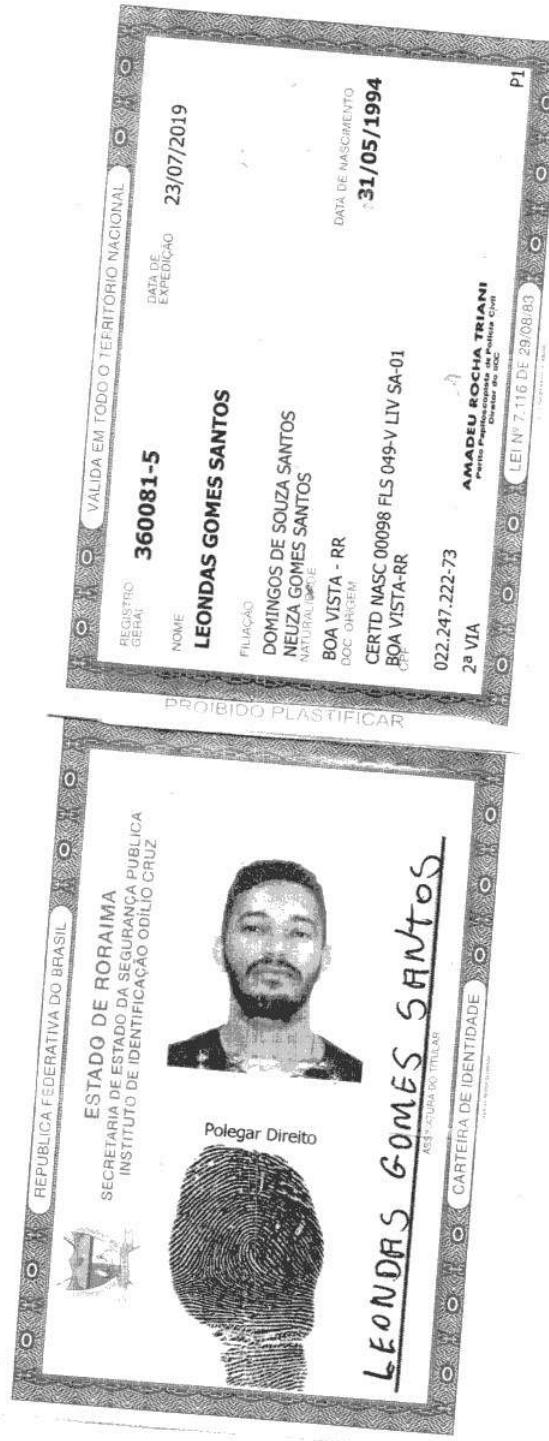
PERMISSÃO: ACC CAT娟: AB

DATA NASCIMENTO: 07/04/1978  
FILIAÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO  
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

TELEFONE: 01101912304  
OBSERVAÇÕES:

assinatura do portador:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA  
DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015  
52485240616  
PB207968020



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Leondas Gomes Santos

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 3600 81-5

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

OUTORGADO

NOME: Elair Snacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

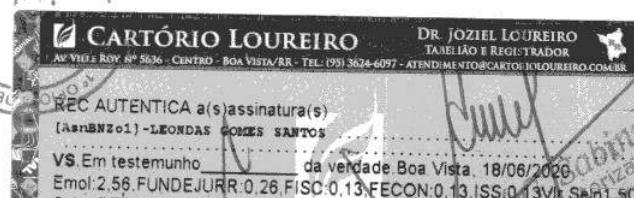
IDENTIDADE: 111 807

ENDEREÇO: Rua: Antonio Pinheiro Galoão 1832, Buritis

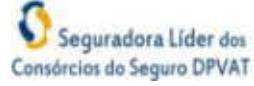
Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 13/06/2020 cobertura Inválides, vítima:

Leondas Gomes Santos.

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



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259277/20

**Vítima:** LEONDAS GOMES SANTOS

**Data do acidente:** 13/06/2020

**CPF:** 022.247.222-73

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LEONDAS GOMES SANTOS

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

#### LEONDAS GOMES SANTOS : 022.247.222-73

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: 15/09/2020  
Nome: LEONDAS GOMES SANTOS  
CPF: 022.247.222-73

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

LEONDAS GOMES SANTOS

MANOEL COELHO NETO

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259277/20

**Número do Sinistro:** 3200329318

**Vítima:** LEONDAS GOMES SANTOS

**Data do acidente:** 13/06/2020

**CPF:** 022.247.222-73

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LEONDAS GOMES SANTOS

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

### 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: 01/10/2020  
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA  
CPF: 383.051.512-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2020  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

ILOIR INACIO DE SOUZA

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA