

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:
2945490620201230102427

Processo 0831358-06.2020.8.23.0010 ☆ - (21 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):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág. ▾1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 6	30/12/2020 10:24:27	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div>6.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2775461CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>6.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2775461CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KITSEGURADORALIDER.pdf</div><div>Público</div></div>			
5	08/12/2020 17:22:55	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	08/12/2020 17:22:55	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	08/12/2020 17:22:55	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
2	08/12/2020 17:22:55	Registro de Distribuição DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	08/12/2020 17:22:55	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



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

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213814

Vítima: JESSICA SILVA MARTINS

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JESSICA SILVA MARTINS

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, contatos 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 15859958



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

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213814

Vítima: JESSICA SILVA MARTINS

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JESSICA SILVA MARTINS

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

Carta nº 15861347

Pag. 01499/01500 - carta_03 - INVALIDEZ





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:

033.108.852-59 Jessica Silva Martins

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

5 - Nome completo: Jessica Silva Martins 6 - CPF: 033.108.852-59
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Curitiba 9 - Número: 716 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nova euclásia 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300-000
15 - E-mail: TLOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)98404-5368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 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

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, 15/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 3382/2020 - Registrado em: 20/05/2020 às 15h 31min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 15/02/2020 às 09h 50min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ESTRELA DALVA

Nº: S-N

CEP: 69316-002

Bairro: RAIAR DO SOL

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: PROXIMO AO SUPERMERCADO DB

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

JESSICA SILVA MARTINS(19), nascido(a) em 29/04/2001, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ESTUDANTE, CPF Nº 033.108.852-59, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARILENE OLIVEIRA DA SILVA e JOSE DE SOUZA MARTINS, endereço: CURITIBA, cep: 69316-192, Nº: 716, bairro: NOVA CIDADE, BOA VISTA-RR, referência: PROXIMO AO SUPERMERCADO SÃO FRANCISCO, Telefone: (95) 99146-6342.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A COMUNICANTE (VITIMA) QUE ESTAVA DE CARONA COM UM COLEGA EM SUA MOTOCICLETA HONDA CRIPTON VERMELHA (NÃO SABE INFORMAR A PLACA), TRAFEGANDO NA AVENIDA ESTRELA DALVA SENTIDO AO BAIRRO PINTOLANDIA, QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA EM SUA FRENTE DE FORMA BRUSCA FEZ UMA MANOBRA PARA VIRAR PARA ESQUERDA EM UMA RUA, SEM DAR NENHUMA SINALIZAÇÃO, BEM COMO, SEM DAR CHANCES PARA O CONDUTOR FREAR OU DESVIAR DA MOTOCICLETA, SE CHOCANDO NA TRASEIRA DESTE, LEVANDO O CONDUTOR E A COMUNICANTE AO CHÃO, SOFRENDO A COMUNICANTE FRATURA DE PÉ ESQUERDO, EIS O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

ROGERIO FERREIRA DA SILVA
AGENTE DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 050069788
ASSINADO ELETRONICAMENTE


JESSICA SILVA MARTINS
COMUNICANTE



RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEPAZ 388/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0083175-1

Nº da Nota Fiscal: 4359862

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi suspensa pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002. FCAM*

CONSUMO
MÊS: JANEIRO/2020
VENCIMENTO: 06/02/2020
CONSUMO: 744
TOTAL A PAGAR: 772,45

MARILENE OLIVEIRA DA SILVA
R. CURITIBA 716 1 - NOVA CIDADE
CEP: 69.316-192 - BOA VISTA
CPF: 00060167661272

DADOS DA LEITURA (KWH)
Atual: 53618
Anterior: 52974
Dias de consumo: 30
Constante de Multiplicação: 1.000
Consumo medido: 744
Consumo faturado: 744

DATAS DA LEITURA
Atual: 06/01/2020
Anterior: 06/12/2019
Próxima leitura: 03/01/2020
Emissão: 07/01/2020
Apresentação: 09/01/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Grupo/Subgrupo: 1-1.1.1
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONO
Número Medidor: E725266
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: 1 (151676)

CONSUMO
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 11/19-00 565,79
CORR MONETÁRIA TCD (IG 4/20) 0,03
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 11/19-00 0,42
MULTA POR ATRASO DE 1 11/19-00 2,91
JUROS DE MORA POR ATR 11/19-00 1,26
MULTA POR ATRASO 11/19-00 0,33
PARCELAMENTO DE DÉBITO 4/20 11,05
JUROS DE MORA DE IMPO 11/19-00 144,43
ILUMINAÇÃO PÚBLICA 4,42
TOTAL 772,45

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
Média 12 meses: 525

MENSAGENS IMPORTANTES
Reaviso de Vencimento

RESERVADO AO FISCO
A737.9B80.4578.9499.7FE9.76B2.9E2F.4728

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$
Energia: 507,53
Encargos: 17,41
Tributos: 106,17
Transmissão: 4,99

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$
Base de Cálculo: 565,79
ICMS: 7,00
PIS: 0,91
COFINS: 1,45

INDICADORES DE CONTINUIDADE
Mês: 8,85
Trimestre: 17,70
Ano: 35,40
Mês: 8,40
Trimestre: 16,92
Ano: 33,84
Mês: 4,84
Trimestre: 4,29
Ano: 4,29

ROT: 15.001.23.01.103000

RORAIMA ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO: 0083175-1
MÊS FATURADO: 01/2020
Nº da Nota Fiscal: 4359862
FCAM*

TOTAL A PAGAR - R\$: 772,45
VENCIMENTO: 06/02/2020

83670000007 5 72450075000 0 000000000083 6 17510120008 7

SEQ.: 0213 UC: 0083175-1 DT. LEIT.: 08/01/2020 T. ENTR.: 07
LEITURA: 53618 NORMAL TOTAL:

RORAIMA ENERGIA
a Roraima Energia, informe este NÚMERO 0109029-1

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4676382
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003 FCAM*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	11/03/2020	308	277,67

CPF: 000.8305151204

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	548	Atual:	21/02/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	240	Anterior:	24/01/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	28	Próxima leitura:	21/03/2020	Ligação:	BIFASICA
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	20/02/2020	Número Medidor:	TDB1910534
Consumo medido:	308	Apresentação:	21/02/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	308			Modalidade:	N 1519404

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 308 A R\$ 0,765725 = 235,84
ILUMINACAO PUBLICA 41,83

OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 308 - 0,617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

Mês/Ano	Valor kWh
FEV/19	203
MAR/19	279
ABR/19	269
MAI/19	168
JUN/19	206
JUL/19	13
AGO/19	133
SET/19	172
OUT/19	173
NOV/19	138
DEZ/19	121
JAN/20	240
FEV/20	308

Média 12 meses: 176

MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/03/2020, em função das contas reavaliadas desta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na CERCA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 134,01 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
01/2020 260,66

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)		TAXAS E CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA VALOR
Distribuição:	Tributos:	ICMS:	17,00% 40,09
Transmissão:		PIS:	0,41% 0,96
		COFINS:	1,91% 4,50

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC			FIC			DMIC		DICRI	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Conjunto	FLORESTA								

Período de apuração: 12/2019 EUSD: 36,46

ROT: 5.001.12.04.021730

RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO 0109029-1
MÊS FATURADO 02/2020
TOTAL A PAGAR - R\$ 277,67
VENCIMENTO 11/03/2020

Nº da Nota Fiscal: 4676382 FCAM*

8368000002 5 77670075000 8 00000000109 9 02910220008 5

SEQ.: 0151 UC: 0109029-1 DT.LEIT.: 21/02/2020 T.ENTR.: 04
LEITURA: 548 NORMAL TOTAL: 277,67 CARGA: 008
DT.VENC.: 11/03/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4021



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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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, ABERIA, 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 Stênio Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jessica Silva Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.108.852 / 59
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Jessica Silva Martins
inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.108.852 / 59, 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 Lider-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>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ELCERRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-930</u>

Local e Data: Boa Vista - RR,

Assinatura do Declarante

1ª Classificação

Reclassificação

()	Vermelho
()	Laranja
()	Amarelo
()	Verde
()	Azul Ass

Reclassificação

() Vermelho
() Laranja
() Amarelo
() Verde
() Azul Ass

[illegible]

Carimbo e Assinatura do Médico

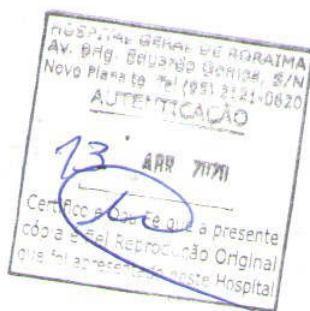


2001230695

Ortopedia Dr. Leonardo / M
paciente refere queda com dor
na 3ª vértebra com queixo de dor
em 3º, 4º, 5º / NT / D. Exortação em local de
AOKK peduro em colúno de
3º, 4º e 5º vértebras D.

D: Boto Gmado em MID
+ Acompanhamento + AINE + ATB + Analg

[Assinatura]



14 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSORA
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FRUIÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT/VAB
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2019

JURCELINO KUNITSCHER PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

92485240616
R207968020

DETRAN - RR (RORAIMA)

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROIBIDO PLASIFICAR
980151096

14 OUT. 2019

TRABALHADOR	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>CONFECCIONADA COM RECURSOS DO PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.</p> <p>VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR</p>	
<p>MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO</p> <p>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</p> <p>PIS/PASEP: 162.46127.46-1</p> <p>NOME: 3764126 SÉRIE: 0050 UF: RR</p> <p><i>Jessica Silva Martins</i> ASSINATURA DO TITULAR</p> <p>POLEGAR DIREITO</p> <p></p>	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
<p>JESSICA SILVA MARTINS</p> <p>FILIAÇÃO: MARILENE OLIVEIRA DA SILVA JOSE DE SOUZA MARTINS</p> <p>NASCIMENTO: 29/04/2001</p> <p>ESTADO CIVIL: SOLTEIRO</p> <p>NATURALIDADE: MUCAJAI - RR</p> <p>DOCUMENTO: R.G. - 4553551 - 19/04/2016 - SESP - RR</p> <p>LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996</p> <p>CPF: 033.108.852-59</p> <p>TÍT. ELEITOR: 00052017</p> <p>LOCAL DE EMISSÃO: SRTEIR - BOA VISTA</p> <p>DATA DE EMISSÃO: 09/05/2017</p> <p>14117.3764126.50-65</p>	<p>ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE</p> <p>FILIAÇÃO: _____ PARA: _____</p> <p>DATA DE NASC. DO DOCUMENTO: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>NOME: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>NOME: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>NOME: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>REGISTRO DE IDENTIDADE</p> <p>A - CASAMENTO C - CANCELAMENTO E - RECONHECIMENTO DE IDENTIDADE G - DATA DE NASCIMENTO B - SERVIDOR D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA</p>

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Jessica Silva Martins
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	45553551 SSP
ENDEREÇO:	R: Curitiba 735 nova cidade

OUTORGADO

NOME:	Yleir Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antonio p. Galvão 1832

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: 15/02/2020, cobertura Invalidez, vítima: Jessica Silva Martins.

BOA VISTA 17-02-2020

LOCAL E DATA

Jessica Silva Martins

ASSINATURA DO OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165868/20

Vítima: JESSICA SILVA MARTINS

CPF: 033.108.852-59

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JESSICA SILVA MARTINS

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

JESSICA SILVA MARTINS : 033.108.852-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/06/2020
Nome: JESSICA SILVA MARTINS
CPF: 033.108.852-59

JESSICA SILVA MARTINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

