

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: 2947615020210107155152
Processo 0831722-75.2020.8.23.0010  - (25 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: <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	<input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória				
Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/>					
Filtros					
Movimentado Por: <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					
Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/>					
Descrição: <input type="text"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 9	07/01/2021 15:51:52	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	Procurador	
		9.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2776442CONTESTACAO01.pdf			Público
		9.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2776442CONTESTACAOAnexo02.pdf			Público
		9.3 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2776442CONTESTACAOAnexo03.pdf			Público
		9.4 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KIT SEGURADORA LDER.pdf			Público
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de GILMAR PEREIRA DOS SANTOS) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis * Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (14/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.		SISTEMA CNJ	
	8	26/12/2020 00:01:25			
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de GILMAR PEREIRA DOS SANTOS com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (14/12/2020)	Jhonatan de Almeida Santil		
			Analista Judiciário		
<input type="checkbox"/> 6	14/12/2020 13:36:10	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA		
	5	13/12/2020 00:20:22	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ	
	4	13/12/2020 00:20:22	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ	
	3	13/12/2020 00:20:21	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	
	2	13/12/2020 00:20:21	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 1	13/12/2020 00:20:21	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	JOSE HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS		
			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, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200028996

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILMAR PEREIRA DOS 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, 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 15387709





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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028996

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 0098300984 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 15425798

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: PJXK6 3JMPE MH6LC NJW2B



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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200028996 **Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 30/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 000010069182-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

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: 773.412.309-15 4 - Nome completo da vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 773.412.309-15
7 - Profissão: ACOgueiro 8 - Endereço: RUA - ARTHUR de LIMA 9 - Número: 242 10 - Complemento:
11 - Bairro: ALVORADA 12 - Cidade: SOROCABA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 68.317.486
15 - E-mail: RECUSOU 16 - Tel.(DDD): (55) 38122-7634

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: 0250 CONTA: 69.582 (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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não autenticado)

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, Bauru/SP, em 06/03/2020

gilmar pereira dos santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Procurador de Deus da Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPC 001 1/000/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

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: 773.412.309-15 4 - Nome completo da vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 773.412.309-15
7 - Profissão: ACOgueiro 8 - Endereço: RUA - ARTHUR de LIMA 9 - Número: 242 10 - Complemento:
11 - Bairro: ALVORADA 12 - Cidade: SOROCABA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 68.317.486
15 - E-mail: RECUSOU 16 - Tel.(DDD): (55) 38122-7634

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: 0250 CONTA: 69.582 (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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou testemunha

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, Bauru/SP, em 06/03/2020

John V. G. Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

John V. G. Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPC 001 1/000/2019

571123



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 11:09 Data/Hora Fim: 27/11/2019 11:31
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 30/06/2019 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Pintolândia
Logradouro: AV. NAZARÉ FILGUEIRAS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1472: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - COLISÃO TRASEIRA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: BA - Urandi Sexo: Masculino Nasc: 09/07/1969
Profissão: Açoqueiro
Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 773.414.309-15
RG - Carteira de Identidade: 58961825

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA JOÃO ARTUR DE LIMA Nº: 242
Bairro: ALVORADA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 773.414.309-15	Placa NUL4249
Renavam 00492501769	Número do Motor KD05E5C603255
Número do Chassi 9C2KD0550CR603255	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/04/2015	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS	Proprietário





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARCEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCrito, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA AV. NAZARÉ FILgueiras, SENTIDO > AV. ATAIDE TEIVE, QUANDO NA ALTURA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UM VEÍCULO QUE SEGUIA A SUA FREnte FEZ UM FRENAGEM SÚBITA LEVANDO O COMUNICANTE A COLIDIR NA TRASEIRA DO MESMO E CAIR. QUE COM A QUEDA SOFREU LESÃO CORPORAL, COM ROMPIMENTO PARCIAL DO TENDÃO DO OMBRO DIREITO. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL POR FAMILIARES. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS


Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000189
Responsável pelo Atendimento


GILMAR PEREIRA DOS SANTOS
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



571123



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 11:09 Data/Hora Fim: 27/11/2019 11:31
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 30/06/2019 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Pintolândia
Logradouro: AV. NAZARÉ FILGUEIRAS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1472: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - COLISÃO TRASEIRA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: BA - Urandi Sexo: Masculino Nasc: 09/07/1969
Profissão: Açoqueiro
Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 773.414.309-15
RG - Carteira de Identidade: 58961825

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA JOÃO ARTUR DE LIMA Nº: 242
Bairro: ALVORADA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 773.414.309-15	Placa NUL4249
Renavam 00492501769	Número do Motor KD05E5C603255
Número do Chassi 9C2KD0550CR603255	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/04/2015	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS	Proprietário



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARCEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCrito, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA AV. NAZARÉ FILgueiras, SENTIDO > AV. ATAIDE TEIVE, QUANDO NA ALTURA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UM VEÍCULO QUE SEGUIA A SUA FREnte FEZ UM FRENAGEM SÚBITA LEVANDO O COMUNICANTE A COLIDIR NA TRASEIRA DO MESMO E CAIR. QUE COM A QUEDA SOFREU LESÃO CORPORAL, COM ROMPIMENTO PARCIAL DO TENDÃO DO OMBRO DIREITO. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL POR FAMILIARES. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS


Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000189
Responsável pelo Atendimento


GILMAR PEREIRA DOS SANTOS
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Núm. de insc. no ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 5 - Número completo: 6 - CPF:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - LINHA AR SUSPENSAO N° 445/2012

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Rúbrica: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - Telefone: 16 - Telefone:

17 - E-mail: 18 - Celular:

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

19 - Nome completo do Representante Legal:

20 - CPF do Representante Legal: 21 - Profissão do Representante Legal:

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

22 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECEBIDO INFORMAL R\$1,00 A R\$1,000,00 R\$7.600,00 ATÉ R\$9.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.001,00

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

CONTA POUPANÇA (Reserve para os serviços gerais. Avisar à sua agência) CONTA CORRENTE (Todas as contas):

Bradesco (297) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0250 CONTA: 63.682 B AGÊNCIA: CONTA: (Inserir o digito de verificação) (Inserir o digito de verificação) (Inserir o digito de verificação) (Inserir o digito de verificação)

Autorizo a Seguradora a liberar o valor da indenização, devidamente deduzida o valor da indenização pelo seguro DPVAT, a que me fui direito, resguardando-me o direito de requerer a restituição do excedente que exceda ao valor recebido.

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

Declaro, sou eu, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de recebimento da indenização do seguro DPVAT (Lei nº 9.947/94), com base em:

- Não na IM que atende 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 30 (trinta) dias da perda.

Se cito o precegueramento de que fui ao meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, no prazo de 10 (dez) primeiros dias, não haverá documentação, e a Seguradora deve me fornecer o laudo de IML, com resultado, dentro de 10 (dez) dias subsequentes, caso necessário, e a Seguradora deve, para comprovação, apresentar as lesões permanentes decorrentes de acidente ou trânsito causado por veículo, conforme a Cláusula 14 da Lei nº 9.947/94.

Declaro que esta autorização não significa precegueramento de direito à ação judicial e a contestação ao direito à contestar a avaliação médica, caso discorde de seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Estado: Salvo: Gabinete do Oficial: Oficializado: Separado/Indivômente: Vida: 26 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de parentesco com vítima: 26 - Vítima deixou cunhado/irmão(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou cunhado/irmão(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se a vítima faleceu: Sim Não 30 - Vítima teve imóveis? Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se a vítima faleceu: Sim Não 33 - Vítima deixou: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização de Seguro DPVAT por morte àquele beneficiário que se enquadre em prever a esta cláusula, quando da morte, de que aquele tenha sido ou deva ser verdadeiro, podendo querer a devolução de recursos e o valor recebido da vítima da ressarcimento da morte pelo artigo 235 do Código Penal.

34 - Inscrição no cadastro de pessoas falecidas: 35 - Nome legal de quem assina o pedido (a sogra): 36 - CPF legal de quem assina o pedido (a sogra): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a sogra): 38 - 14 - Nome: _____

38 - CPF: _____

39 - Assinatura da testemunha:

40 - Assinatura da testemunha:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

44 - Assinatura do Advogado (se houver):

45 - Assinatura do Juiz (se houver):

46 - Assinatura do Procurador (se houver):

47 - Assinatura do Advogado (se houver):

48 - Assinatura do Juiz (se houver):

49 - Assinatura do Procurador (se houver):

50 - Assinatura do Advogado (se houver):

51 - Assinatura do Juiz (se houver):

52 - Assinatura do Procurador (se houver):

53 - Assinatura do Advogado (se houver):

54 - Assinatura do Juiz (se houver):

55 - Assinatura do Procurador (se houver):

56 - Assinatura do Advogado (se houver):

57 - Assinatura do Juiz (se houver):

58 - Assinatura do Procurador (se houver):

59 - Assinatura do Advogado (se houver):

60 - Assinatura do Juiz (se houver):

61 - Assinatura do Procurador (se houver):

62 - Assinatura do Advogado (se houver):

63 - Assinatura do Juiz (se houver):

64 - Assinatura do Procurador (se houver):

65 - Assinatura do Advogado (se houver):

66 - Assinatura do Juiz (se houver):

67 - Assinatura do Procurador (se houver):

68 - Assinatura do Advogado (se houver):

69 - Assinatura do Juiz (se houver):

70 - Assinatura do Procurador (se houver):

71 - Assinatura do Advogado (se houver):

72 - Assinatura do Juiz (se houver):

73 - Assinatura do Procurador (se houver):

74 - Assinatura do Advogado (se houver):

75 - Assinatura do Juiz (se houver):

76 - Assinatura do Procurador (se houver):

77 - Assinatura do Advogado (se houver):

78 - Assinatura do Juiz (se houver):

79 - Assinatura do Procurador (se houver):

80 - Assinatura do Advogado (se houver):

81 - Assinatura do Juiz (se houver):

82 - Assinatura do Procurador (se houver):

83 - Assinatura do Advogado (se houver):

84 - Assinatura do Juiz (se houver):

85 - Assinatura do Procurador (se houver):

86 - Assinatura do Advogado (se houver):

87 - Assinatura do Juiz (se houver):

88 - Assinatura do Procurador (se houver):

89 - Assinatura do Advogado (se houver):

90 - Assinatura do Juiz (se houver):

91 - Assinatura do Procurador (se houver):

92 - Assinatura do Advogado (se houver):

93 - Assinatura do Juiz (se houver):

94 - Assinatura do Procurador (se houver):

95 - Assinatura do Advogado (se houver):

96 - Assinatura do Juiz (se houver):

97 - Assinatura do Procurador (se houver):

98 - Assinatura do Advogado (se houver):

99 - Assinatura do Juiz (se houver):

100 - Assinatura do Procurador (se houver):

101 - Assinatura do Advogado (se houver):

102 - Assinatura do Juiz (se houver):

103 - Assinatura do Procurador (se houver):

104 - Assinatura do Advogado (se houver):

105 - Assinatura do Juiz (se houver):

106 - Assinatura do Procurador (se houver):

107 - Assinatura do Advogado (se houver):

108 - Assinatura do Juiz (se houver):

109 - Assinatura do Procurador (se houver):

110 - Assinatura do Advogado (se houver):

111 - Assinatura do Juiz (se houver):

112 - Assinatura do Procurador (se houver):

113 - Assinatura do Advogado (se houver):

114 - Assinatura do Juiz (se houver):

115 - Assinatura do Procurador (se houver):

116 - Assinatura do Advogado (se houver):

117 - Assinatura do Juiz (se houver):

118 - Assinatura do Procurador (se houver):

119 - Assinatura do Advogado (se houver):

120 - Assinatura do Juiz (se houver):

121 - Assinatura do Procurador (se houver):

122 - Assinatura do Advogado (se houver):

123 - Assinatura do Juiz (se houver):

124 - Assinatura do Procurador (se houver):

125 - Assinatura do Advogado (se houver):

126 - Assinatura do Juiz (se houver):

127 - Assinatura do Procurador (se houver):

128 - Assinatura do Advogado (se houver):

129 - Assinatura do Juiz (se houver):

130 - Assinatura do Procurador (se houver):

131 - Assinatura do Advogado (se houver):

132 - Assinatura do Juiz (se houver):

133 - Assinatura do Procurador (se houver):

134 - Assinatura do Advogado (se houver):

135 - Assinatura do Juiz (se houver):

136 - Assinatura do Procurador (se houver):

137 - Assinatura do Advogado (se houver):

138 - Assinatura do Juiz (se houver):

139 - Assinatura do Procurador (se houver):

140 - Assinatura do Advogado (se houver):

141 - Assinatura do Juiz (se houver):

142 - Assinatura do Procurador (se houver):

143 - Assinatura do Advogado (se houver):

144 - Assinatura do Juiz (se houver):

145 - Assinatura do Procurador (se houver):

146 - Assinatura do Advogado (se houver):

147 - Assinatura do Juiz (se houver):

148 - Assinatura do Procurador (se houver):

149 - Assinatura do Advogado (se houver):

150 - Assinatura do Juiz (se houver):

151 - Assinatura do Procurador (se houver):

152 - Assinatura do Advogado (se houver):

153 - Assinatura do Juiz (se houver):

154 - Assinatura do Procurador (se houver):

155 - Assinatura do Advogado (se houver):

156 - Assinatura do Juiz (se houver):

157 - Assinatura do Procurador (se houver):

158 - Assinatura do Advogado (se houver):

159 - Assinatura do Juiz (se houver):

160 - Assinatura do Procurador (se houver):

161 - Assinatura do Advogado (se houver):

162 - Assinatura do Juiz (se houver):

163 - Assinatura do Procurador (se houver):

164 - Assinatura do Advogado (se houver):

165 - Assinatura do Juiz (se houver):

166 - Assinatura do Procurador (se houver):

167 - Assinatura do Advogado (se houver):

168 - Assinatura do Juiz (se houver):

169 - Assinatura do Procurador (se houver):

170 - Assinatura do Advogado (se houver):

171 - Assinatura do Juiz (se houver):

172 - Assinatura do Procurador (se houver):

173 - Assinatura do Advogado (se houver):

174 - Assinatura do Juiz (se houver):

175 - Assinatura do Procurador (se houver):

176 - Assinatura do Advogado (se houver):

177 - Assinatura do Juiz (se houver):

178 - Assinatura do Procurador (se houver):

179 - Assinatura do Advogado (se houver):

180 - Assinatura do Juiz (se houver):

181 - Assinatura do Procurador (se houver):

182 - Assinatura do Advogado (se houver):

183 - Assinatura do Juiz (se houver):

184 - Assinatura do Procurador (se houver):

185 - Assinatura do Advogado (se houver):

186 - Assinatura do Juiz (se houver):

187 - Assinatura do Procurador (se houver):

188 - Assinatura do Advogado (se houver):

189 - Assinatura do Juiz (se houver):

190 - Assinatura do Procurador (se houver):

191 - Assinatura do Advogado (se houver):

192 - Assinatura do Juiz (se houver):

193 - Assinatura do Procurador (se houver):

194 - Assinatura do Advogado (se houver):

195 - Assinatura do Juiz (se houver):

196 - Assinatura do Procurador (se houver):

197 - Assinatura do Advogado (se houver):

198 - Assinatura do Juiz (se houver):

199 - Assinatura do Procurador (se houver):

200 - Assinatura do Advogado (se houver):

201 - Assinatura do Juiz (se houver):

202 - Assinatura do Procurador (se houver):

203 - Assinatura do Advogado (se houver):

204 - Assinatura do Juiz (se houver):

205 - Assinatura do Procurador (se houver):

206 - Assinatura do Advogado (se houver):

207 - Assinatura do Juiz (se houver):

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010069182-X

Nr. da Autenticação 203852A65968F76D



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eva Garças, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 03.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pelo SEFAZ 368/13

Para entrar em contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO
0091239-5

4051012
Nº da Nota Fiscal
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é concedida de acordo com a Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

NOVEMBRO/2019
06/12/2019
175
163,98

CPF: 00077341430915
COMUNICADO
TOTAL A PAGAR - R\$

DADOS DA LEITURA (kWh)
DATAS DA LEITURA
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Atual: 175
Anterior: 161
Grupo/Subgrupo: RESIDENCIAL

Anterior: 161
Próxima leitura: 175
Classe/Subclasse: TRIPARTIDA

Dia de consumo: 01
Endereço: 12-12-2019
Ligação: LIGADURA

Constante de Multiplicação: 1,0000
Número Medidor: 1424765

Consumo médio: 1,75
Forma de Faturamento: NORMAL

Consumo Faturado: 1,75
Modalidade: N 1424765

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO
175 A R\$ 0,773195 =
135,30

MULTA POR ATRASO DE 10/19-00
0,75

MULTA POR ATRASO 10/19-00
2,66

DIUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00
0,04

ILLUMINACAO PUBLICA
25,23

TARIFAS MENSUAIS
HISTÓRICO DE LEITURA

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 175 - R\$ 6.524836

Média 12 meses: 146

NOV/18
12
DEZ/18
3
JAN/19
256
FEV/19
368
MAR/19
371
ABR/19
375
MAY/19
372
JUN/19
212
JUL/19
226
AGO/19
228
SET/19
292
OUT/19
174
NOV/19
175

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO
5644.57CA.BFAE.581F.1EA8.4CF2.FBAF.1354

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$
IMPÓSITOS, CONTRIBUIÇÕES - R\$

Energia: 73,15
Encargos: 4,14
Base de Cálculo:

Transmissão: 12,45
Tributos: 0,49
ICMS: 17,00%
ALÍQUOTA

125,00
PIS: 0,22%
VALOR

125,00
COFINS: 1,80%
2,44

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mês
2019
2018
2017

Mês
Trimestral
Anual
Mês
Trimestral
Anual

1.º Trimestre
8,85
17,70
35,40
8,46
16,92
33,84
4,82

2.º Trimestre
0,00
0,00
0,00
0,00
0,00
0,00
0,00

3.º Trimestre
0,00
0,00
0,00
0,00
0,00
0,00
0,00

Conjunto
DISTRITO
Período de apuração: 09/2019
VALOR: 95,80

SEU CÓDIGO
0091239-5
TOTAL A PAGAR - R\$
163,98

MÊS FATURADO
11/2019
VENCIMENTO
06/12/2019

Nº da Nota Fiscal:
4051012
ECAM*

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA

Av. Capitão Eva Garças, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 03.341.470/0001-44

Insc. Estadual: 24.007.022-3

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://pjudi.tjrs.br/projudi> - Identificador: PJXK6 3.UMPE MH6LC NUW2B





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 Rosângela Nunes Masullo inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILMAR PEREIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 55, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima inscrito (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 55, 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		Número	Complemento
<u>408 Manoel Felipe</u>		<u>1467</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>ASA BRANCA</u>	<u>BOA VISTA</u>	<u>RR</u>	<u>68.305-170</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>RD2DMASULLO@uolmail.com</u>	<u>95158122-7634</u>	<u>95158-4307</u>	

Bon Vista, RR, 26 de Dezembro de 2020

Local e Data

Rosângela Nunes Masullo

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosângela Nunes Masullo inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILMAR PEREIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 55, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima inscrito (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 55, 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		Número	Complemento
<u>408 Manoel Felipe</u>		<u>1467</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>ASA BRANCA</u>	<u>BOA VISTA</u>	<u>RR</u>	<u>68.305-170</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>RD2DMASULLO@uolmail.com</u>	<u>95158122-7634</u>	<u>95158-4307</u>	

Bon Vista, RR, 26 de DEZEMBRO de 2020

Local e Data

Assinatura do Declarante



Nome **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**
Data: 16/10/2019 Idade: 50A Procedência: **ELETIVO**
Médico Solicitante: **NILO BRANDÃO**
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO

Cód. Pac.: 73033

Protocolo:
Exame realizado com Ressonância Magnética, utilizando diferentes técnicas e planos, sem a utilização de contraste endovenoso.

Indicação clínica:

- Sind. de impacto.

Relatório:

- Espessamento capsuloligamentar acromioclavicular, com bordo inferior obliterando parcialmente a gordura subacromial.
- Fluido líquido na bursa subacromial/subdeltoídea, sugestivo de bursite.
- Acentuada alteração de sinal e espessamento envolvendo a inserção do tendão supraespinhal e infraespinhal, com áreas de delaminação/fissuras, destacando-se na superfície articular (com áreas maiores que 50% das fibras), configurando alto grau.
- Demais tendões do manguito rotador de morfologia e intensidade de sinal preservado.
- Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto pôstero-superior do labrum, de aspecto degenerativo.
- Pequeno derrame articular gleno-umeral.
- Tendão do cabo longo do bíceps braquial íntegro, sem sinais de rotura.
- Estruturas musculares sem alterações significativas.

Conclusão:

- Leve alteração degenerativa acromioclavicular.
- Bursite subacromial/subdeltoídea.
- Tendinopatia e rotura parcial de alto grau de fibras insercionais do tendão supraespinhal e infraespinhal.
- Pequeno derrame articular gleno-umeral.
- Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto pôstero-superior do labrum glenoidal, de aspecto degenerativo.

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico Imagenologista
CRM-RR 1232

Dr. Leomar Hitotuzi CRM 1232

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443

Responsável Técnico

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL CORONEL MOTA

SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

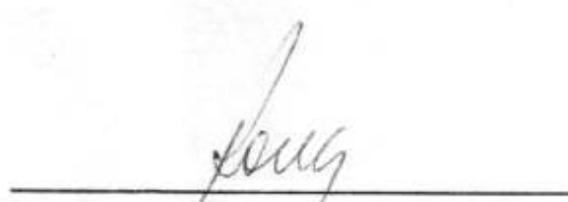
NOME: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS DN: 09.07.1969
IDADE: 50 ANOS SEXO: M
DR(a): JESUS DATA: 26.07.19

ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

Ao exame do ombro direito, observa-se presença de imagem de espessamento heterogêneo, do tendão do músculo supraespinhal, com lesão intratendinea de 4 mm no terço médio, compatível com ruptura. Tendão subescapular e infraespinhal preservados. Tendão da cabeça longa do bíceps espessados, hipoecóico, com coleção líquida laminar peritendinea. Articulação acrômio clavicular preservado. Ausência de outras lesões focais.

HD: Ruptura parcial intra tendínea do tendão do músculo supraespinhal à direito.

Tenossinovite bicipital à direito.


MÉDICO RESPONSÁVEL
DR: JULIO KONG/ CRM - 376



Nome **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**
Data: 16/10/2019 Idade: 50A Procedência: **ELETIVO**
Médico Solicitante: **NILO BRANDÃO**

Cód. Pac.: 73033

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO

Protocolo:

Exame realizado com Ressonância Magnética, utilizando diferentes técnicas e planos, sem a utilização de contraste endovenoso.

Indicação clínica:

- Sind. de impacto.

Relatório:

- Espessamento capsuloligamentar acromioclavicular, com bordo inferior obliterando parcialmente a gordura subacromial.
- Fluido líquido na bursa subacromial/subdeltoídea, sugestivo de bursite.
- Acentuada alteração de sinal e espessamento envolvendo a inserção do tendão supraespinhal e infraespinhal, com áreas de delaminação/fissuras, destacando-se na superfície articular (com áreas maiores que 50% das fibras), configurando alto grau.
- Demais tendões do manguito rotador de morfologia e intensidade de sinal preservado.
- Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto pôstero-superior do labrum, de aspecto degenerativo.
- Pequeno derrame articular gleno-umeral.
- Tendão do cabo longo do bíceps braquial íntegro, sem sinais de rotura.
- Estruturas musculares sem alterações significativas.

Conclusão:

- **Leve alteração degenerativa acromioclavicular.**
- **Bursite subacromial/subdeltoídea.**
- **Tendinopatia e rotura parcial de alto grau de fibras insercionais do tendão supraespinhal e infraespinhal.**
- **Pequeno derrame articular gleno-umeral.**
- **Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto pôstero-superior do labrum glenoidal, de aspecto degenerativo.**

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico Imagenologista
CRM-RR 1232

Dr. Leomar Hitotuzi CRM1232

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

DR. FRANCISCO FERREIRA DE FARIA JÚNIOR - CRM 365/RR

Av. Nossa Senhora da Consolata 597 - CEP 69.300-000 - Boa Vista/ RR
Fone:(95) 98111 7525 - E-mail: fariasrr2005@gmail.com

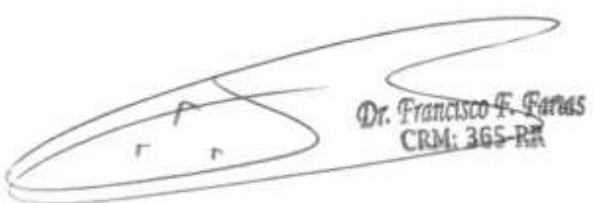
Bando Médico

Si. Gilmar Pereira dos Santos, R.G. 5896.182-5 SSP/PA

vítima de acidente de moto, conforme ódice de atendimento
1901129620 P.S. Francisco Belbó de 30/06/2019, com diagnos-
tico ortopédico de ruptura parcial entre tendões do
tendão do músculo supraespinal e direito e tenossi-
morate bicipital e direito. Foi realizado tratamento
conservador. Foi realizado também sessões de fisioter-
ápia. Após alta médica, permanecendo evolução com
limitações para elevação do braço direito, limitações
para abdução, adução, rotação e redução de giro
do membro superior direito, comprometendo suas
atividades laborais com membro superior direito.

Conclusão: Se guile funcional permane-
mente de membro superior direito.

16/01
2020


Dr. Francisco F. Farias
CRM: 365-PA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETAN - RR **Nº 014247002151**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00472501769		2019
NOME			
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS			
CPF / CNPJ	PLACA		
773.414.309-15	RR NUL 4249		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
	9C2KD0350ER603255		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.	ALCO/GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/NXR150 Bros ES	2012	2012	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0149DC/	PARTICU	PRETA	
I P V A	COTA UNICA *PAGOS*	VENC. COTA UNICA *PAGOS*	VENC / COTAS 1º 2º 3º
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS		
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB. SAIR DA A MAZ CCID *			
BOA VISTAGo Gomes Brasil Diretor Presidente DETAN-RR		DATA	
19/11/2019			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETAN - RR **Nº 014247002151**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00472501769		2019
NOME			
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS			
CPF / CNPJ	PLACA		
773.414.309-15	RR NUL 4249		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
	9C2KD0350ER603255		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.	ALCO/GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/NXR150 Bros ES	2012	2012	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0149DC/	PARTICU	PRETA	
I P V A	COTA UNICA *PAGOS*	VENC. COTA UNICA *PAGOS*	VENC / COTAS 1º 2º 3º
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS		
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB. SAIR DA A MAZ CCID *			
BOA VISTAGo Gomes Brasil Diretor Presidente DETAN-RR		DATA	
EXPEDIDOR			
			
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANS. CARTELA NACIONAL DE HABILITAC.			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028996

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Data do acidente: 30/06/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO EM OMBRO DIREITO

Descrição do exame físico: OMBRO DIREITO: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA INICIALMENTE FOI ATENDIDO E NÃO FOI OBSERVADO FRATURA, DEVIDO TER AGRAVADO O QUADRO CLÍNICO PROCUROU ORTOPEDISTA E FOI DIAGNOSTICADO COM LESÃO EM TENDÃO DO SUPRAESPINHOSO ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ,SINISTRO ANTERIOR,2014078384, EM 50 % DO OMBRO DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200028996
Nome do(a) Examinado(a): Gilmar Pereira dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Arthur de Lima, 242
Alvorada Boa Vista RR CEP: 69317-196
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PR] 58961825
Data local do acidente: [30/06/2019]
Data local do exame: [30/01/2020] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE CONTUSÃO EM OMBRO D

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: VITIMA INICIALMENTE FOI ATENDIDO E NÃO FOI OBSERVADO FRATURA, DEVIDO TER AGRAVADO O QUADRO CLÍNICO PROCUROU ORTOPEDISTA E FOI DIAGNOSTICADO COM LESÃO EM TENDÃO DO SUPRAESPINHOSO. Complicações: OMBRO D: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

OMBRO D: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

OMBRO D: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032

Reboucas
Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009405/20

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.414.309-15

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS : 773.414.309-15

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: 08/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024632/20

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.414.309-15

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS : 773.414.309-15

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: 17/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: AÇOUGUEIRO

Identidade: 58961825 SSP/RR CPF: 773.412.309-15

Endereço: Rua: JOÃO ARTHUR DE LIMA nº: 242 Bairro: ALVORADA

Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 69.317-196

Vitima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.412.309-15 Data do sinistro: 30/06/2019

Natureza: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53

Endereço: AV. Manoel Felipe, 1467/5, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

Boa Vista RR 28/11/2019
Local e data

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECEIPO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009405/20

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.414.309-15

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS : 773.414.309-15

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: 08/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilmar Pereira dos Santos

RG nº 5896.1825, data de expedição 26/10/89, órgão SSP- PR

CPF nº 773.414.309-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Setentrional</u>
Número	<u>256</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Equatorial</u>
Cidade	<u>Boa Vista</u>
Estado	<u>Roraima</u>
CEP	<u>69.317-378</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: Boa Vista - 15.01.2014

Assinatura do Declarante:

EM CASO DE PERÍCIA LIGAR PARA:

(95) 9153-4151 OU 9119-4956 – MARCELLO.



BOA VISTA ENERGIA SA
AV. ENE GARCEZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 INSCR. EST: 24.007.072-3
NOTA FISCAL: CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA SÉRIE B-1 0000039074
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/08
CLIENTE: DIRCE SGOBERO
ENDERECO: R. SETENTRIONAL 256 EQUATORIAL
END. ENTR:
LOCALIDADE: BOA VISTA CEP: 69.317-378
CNPJ / CPF: 00055589224926

DADOS SOBRE LEITURA

Lectura Atual:	7011	Data da Lectura Atual:	16/12/2013
Lectura Anterior:	6654	Data da Lectura Anterior:	14/11/2013
Consumo Médio:	357	Data da Próxima Lectura:	16/01/2014
Consumo Faturado:	357	Data da Emissão:	16/12/2013
Constante da Multiplicação:	1	Data da Apresentação:	16/12/2013
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
Número de dígitos da Lectura:	5		

CARACTERÍSTICAS DA SUA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe	Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Est.	Média 12 Meses
RESIDENCIAL	MONO		E2739423		1.4.1.1	337

ROTEIRO: 007.001.28.06.155500

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO	MÊS/ANO	CONSUMO	MÊS/ANO	CONSUMO
NOV/13	335	OCT/13	359	SET/13	339
JUL/13	307	JUN/13	333	MAI/13	314

ITENS FATURADOS

TARIFA SEM TRIBUTOS:	CONSUMO	30 A R\$ 0,107880 =	3,23
10 A 30 - 0,086650	70 A R\$ 0,184946 =	12,94	
31 A 100 - 0,148550	120 A R\$ 0,277413 =	33,28	
101 A 220 - 0,222820	137 A R\$ 0,308239 =	42,22	
221 A 357 - 0,247580	DEVOOLUÇÃO RES. 395/09 10/13 -	3,77	
	ILUMINACAO PÚBLICA	10,13	



Bandeiras Tarifárias: A Verde não tem acréscimo, Amarela e Vermelha tem acréscimo. Estâncias com bandeira vermelha. Em 2014 visorarão acréscimo de R\$ 0,030 por kWh. Dúvidas: www.aneel.gov.br.

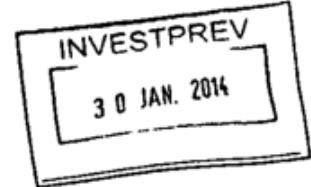
Reservado ao Fisco F2E9.AC43.DB95.ZBAD.1688.33B2.5D8C.1ECD

COMPOSIÇÃO DA FATURA		DEMONSTRATIVOS DE TRIBUTOS		Vencimento	
Distribuição:	33,82	Base de Cálculo:	91,67	16/01/2014	
Energia:	34,90	Aliquota ICMS:	17,00%		
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	15,58	Valor a Pagar R\$	
Encargos:	4,93	Valor do PIS:	0,43	98,03	
Tributos:	18,02	Valor da COFINS:	2,01		

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL		
LIMITE	5,27	12,54	25,08	4,35	8,71	17,42	3,71	
REALIZADO	10,80		9,00			1,98		
CONJUNTO	DISTRITO			PERÍODO DE APURAÇÃO:		16/2013	EUSD:	

REAVISO DE VENCIMENTO



ÁREA DE MENSAGEM
RESERVISTA, APRESENTE-SE DE 09 A 16 DE DEZEMBRO NO QG DA 1. BRIGA
DA DE INFANTARIA DE SELVA. REGULARIZE A SUA SITUAÇÃO MILITAR. TAR
IFA: REAJUSTE MÉDIO -16,83 %, RES ANEEL 1.648 DE 29/10/2013.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 6 11 16 21 26

ROTEIRO: 007.001.28.06.155500



CÓDIGO ÚNICO
108206-0

TOTAL A PAGAR - R\$
98,03

Mês Faturado
12/2013

Vencimento
16/01/2014

83650000000 2 98030075000 0 00000000108 1 20601213008 7

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014078384 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SETENTRIONAL nº 256 - EQUATORIAL - BOA VISTA/RR**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 58961825 - SSP**

Data local do exame: **17/02/2014 BOA VISTA/RR**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

CONTUSAO DO OMBRO DIREITO
CONTUSAO DO JOELHO DIREITO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATADOS CONSERVADAMENTE COM AINH. ESTA DE ALTA MEDICA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITACAO LEVE NA ABDUCAO, ELEVACAO E ROTACAO DO OMBRO DIREITO

LIMITACAO LEVE NA FLEXO EXTENSAO DO JOELHO DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

OMBRO DIREITO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

JOELHO DIREITO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 17/02/2014

Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM

Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890



Julio Cesar F. de Queiroz
Médico
CRM 2678-AM

Assinatura do perito examinador - CRM

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional



Assinatura do perito revisor - CRM

Hospital Geral de Roraima
Paciente: 00232042 GILMAR PEREIRA DOS SANTOS
Nascimento: 09/07/1969 - 42 anos CNS:
Doc.: Sexo: Masculino Relacion: NBO INFORMADO REG. GEST. 1. Gabinete
Pai: Matr: APARECIDA PEREIRA DOS SANTOS
Endereço: RUA SETENTRIONAL, 256 Bairro: CRUZILANDIA
Município: BOA VISTA - RR Poco: 01100006

ATENDIMENTO: 23/04/2012
EMERGÊNCIA DIURNO: 024
V.S.D
V.L
V.E

Motivo de Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Data Atendimento: 23/04/2012 - 18:16

TRIAGEM (Horas): 0 PA: 0 Com/Ex: 0 Temp.: 0°C

QUEIXA PRINCIPAL:

ANAMNese: HORA DA CONSULTA:

Post Vida de 2 dias de moto, bico, scratch. Sanguinose abundante - Hematox 3 - Femenino

EXAME FÍSICO: Rx: 10/04/2012 - 19:40:00 -

faros - p

Abdomen

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR

10040



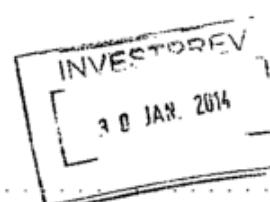
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRIÇÃO

1/ Dipirona 500g EV
2/ tributyl 40g EV

X. Marlon Kubniki de Mello
UROLOGISTA - TISBU
CRMER 133



INVESTIGADOR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Planalto - Tel. 2121-0636

26 DEZ 2013

Certifico e Dou Fiel que a Presente
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital
Ass.: Elton da Silva

ALTA: DATA: / / HORA: / /
DESTINOS: () DOMICÍLIO () TRABALHO () INTERNACAO () TRANSFERENCIA

Ass. Carimbo médico responsável
Guia 12049124 registrada por ELEIDY

Ass. Padeinte ou Responsável

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/02/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000069182-8

Nr. da Autenticação A135B244A398B58B





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**

PORTADOR(A) DO RG N° **5896.182-5**

EXPEDIDO POR **SSP-PR**

EM **26/10/89** E

CPF **003414309-15** / CNPJ **000000000000000000**. PROFISSÃO **_____**

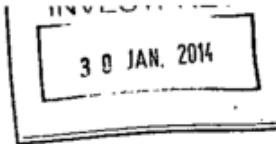
E RENDA MENSAL DE R\$ **_____**

(*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **Gilmar P. dos Santos**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta-informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO 001 - AGÊNCIA **0250** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE **69.182-8**
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO **BANCO BRADESCO**
BANCO 237 - AGÊNCIA **_____** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA **_____**
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO **BANCO DO BRASIL**
BANCO 001 - AGÊNCIA **_____** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA **_____**
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO **BANCO ITAÚ**
BANCO 341 - AGÊNCIA **_____** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA **_____**
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
BANCO 104 - AGÊNCIA **_____** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA **_____**

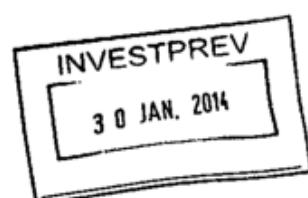
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL **Boa Vista - RR** DATA **15/05/14**

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



15/01/14

IMPRESSÃO BO



POLÍCIA CIVIL DE RORAIMA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESPECIALIZADA - DPE
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - DAT

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº: **305 / 2014** Registrado no dia: **15/01/2014 às 10:07:00**

COMUNICANTE: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.414.309-15

RG: 5896182-5

O. EXPEDIDOR: SSP/RR

DATA DE NASCIMENTO: 09/07/1969

SEXO: M

CNH:

NATURALIDADE: URANDI

UF: BA

ESTADO CIVIL: UNIAO ESTAVEL

NOME DA MÃE: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS

NOME DO PAI: NAO DECLARADO

LOGRADOURO: RUA SETENTRIONAL

Nº: 256

BAIRRO: EQUATORIAL

CIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

GRAU DE INSTRUÇÃO: ALFABETIZADO

PROFISSÃO: SERV. GERAIS

TELEFONE:

CELULAR:

Senhor Delegado, venho a presença de Vossa Senhoria comunicar que por volta de 18:00:00

do dia 23/04/2012 no Bairro: PRICUMA à AV. MARIO H. MELO aconteceu o seguinte fato:

RELATO

QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA NO DIA, HORA E LOCAL INDICADO QUANDO FOI "FECHADO" POR UM OUTRO VEÍCULO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU AO CHÃO, QUE SOFRU LESÕES CORPORAIS, QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS, QUE FAZ O PRESENTE REGISTRO PARA FINS DO SEGURO DPVAT.

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



30 JAN. 2014

NATUREZA DA OCORRENCIA: OUTROS APOIOS E SERVIÇOS DIVERSOS
VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

	Placa	Tipo	Fabricante/Modelo	Chassi	Proprietário
Veículo 1	NAJ-5867	MOTOCICLETA	HONDA/CG125	9C2JC2500XR203060	GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

OBSERVAÇÃO: O Comunicante, vítima de Lesão Corporal, terá o prazo de até 6(seis) meses para representar criminalmente contra o Autor do Fato, a contar da data do fato (PRAZO DECADENCIAL)

DIGITADOR
INSCRIÇÃO 09

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Comunicante

Boa Vista - RR, 15 de Janeiro de 2014

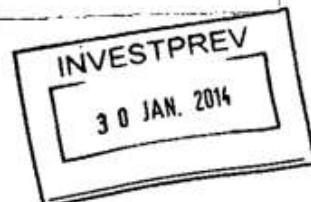
Despacho(s) da Autoridade Policial:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fato Atípico. ARQUIVE-SE; | <input type="checkbox"/> Outras Providências: |
| <input type="checkbox"/> Aguarde-se Representação Criminal; | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aguarde-se novos fatos... | _____ |
| <input type="checkbox"/> Intime-se o Comunicante | _____ |
| <input type="checkbox"/> TCO, pelo crime previsto no Art. _____ do CTB; | _____ |
| <input type="checkbox"/> A(o) _____, para providências; | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sumário(s) de CNH e/ou Veículo(s) envolvido(s); | _____ |
| <input type="checkbox"/> Após PRAZO DECADENCIAL, ARQUIVE-SE | Delegado de Polícia |



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Gilmar Pereira dos Santos, portador da carteira de identidade nº 5896.182-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 773.414.309-15, residente e domiciliado na Rua Setentrional, 256, 8º andar, Cidade Boa Vista, Estado Roraima, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (✓) O estabelecimento do IML localizado no Município em que résido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que résido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

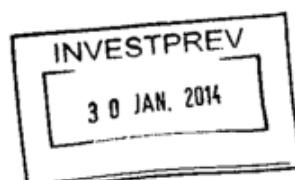
OUTROS

1004054



Gilmar Pereira dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Boa Vista - 15.01.2014

Local e data

06/01/2021

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL.html

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014078384

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez

Vítima: GILMAR PEREIRA
DOS SANTOS

Data do acidente: 23/04/2012

Emissor do parecer: Tatiane
Jardim
dos
Santos

Seguradora: Investprev
Seguradora S/A

Prestadora: IBMES INST.BRASDE MEDICINA
ESPEC.EM SEGUROS LTDA

CRM do médico: 906387

PARECER

Data da análise: 11/02/2014

Valoração do IML:
0,00

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos:
TTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: RAFAEL SANTOS

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		
		Valor avaliado: 0,00

06/01/2021

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA.html

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014078384

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/04/2012

Emissor do parecer: Suelen Rodrigues Nogueira

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

CRM do médico: 2678

PARECER

Diagnóstico: CONTUSAO DO OMBRO DIREITO CONTUSAO DO JOELHO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: LIMITACAO LEVE NA ABDUCAO, ELEVACAO E ROTACAO DO OMBRO DIREITO LIMITACAO LEVE NA FLEXO EXTENSAO DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATADOS CONSERVADORAMENTE COM AINH. ESTA DE ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 17/02/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 6.750,00

Médico avaliador: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

UF do CRM do médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

Valor avaliado: 3.375,00