

**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:**  
**2958603220210122164644**

**Processo 0831945-28.2020.8.23.0010**  - (38 dia(s) em tramitação)

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 4847 - Seguro

**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)												
<b>Realces</b> 																	
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																	
<b>Filtros</b> 																	
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>																	
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9																	
500 por pág.  1																	
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por														
<input type="checkbox"/>	9 22/01/2021 16:46:44	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">9.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 30%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 10%; text-align: center;"> 2776801CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 30%; text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>9.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: center;"> 2776801CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: center;"> KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> </table>						9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2776801CONTESTACAO01.pdf	Público	9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2776801CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público	9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2776801CONTESTACAO01.pdf	Público														
9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2776801CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público														
9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público														
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de ENDERSON GOMES DE LIMA) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (16/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.																	
<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de ENDERSON GOMES DE LIMA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (16/12/2020)																	
<input type="checkbox"/>	6 16/12/2020 15:33:37	<b>PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE</b>	Rodrigo Bezerra Delgado <b>Magistrado</b>														
<input type="checkbox"/>	5 15/12/2020 16:01:49	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ														
<input type="checkbox"/>	4 15/12/2020 16:01:48	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ														
<input type="checkbox"/>	3 15/12/2020 16:01:48	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ														
<input type="checkbox"/>	2 15/12/2020 16:01:48	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ														
<input type="checkbox"/>	1 15/12/2020 16:01:48	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b>														



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

---

Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200256882**

**Vítima: ENDERSON GOMES DE LIMA**

**Data do Acidente: 02/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

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

**Senhor(a), ENDERSON GOMES DE LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15958729





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

---

**Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200256882**

**Vítima: ENDERSON GOMES DE LIMA**

**Data do Acidente: 02/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), ENDERSON GOMES DE LIMA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

---

**Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200256882**      **Vítima: ENDERSON GOMES DE LIMA**

**Data do Acidente: 02/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ENDERSON GOMES DE LIMA**

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

**Recebedor: ENDERSON GOMES DE LIMA**

**Valor: R\$ 675,00**

**Banco: 237**

**Agência: 000001383-8**

**Conta: 000001002459-5**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:  
036.034.672-00 Anderson Gomes de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2

5 - Nome completo:

Anderson Gomes de Lima

6 - CPF:  
036.034.672-00

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Meridional

9 - Número:  
66

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Bauaterial

12 - Cidade:

Bacabeira

13 - Estado:  
RR

14 - CEP:  
69.357-356

15 - Email:

leivur@hotmail.com

16 - Tel (DDD):  
(95) 99354-4289

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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:

00/00 da vítima

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data da morte 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 deu à luz (nascimento):  Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim

Não

34 - Impresário, digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, *Bacabeira, 27 de Abril de 2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Anderson Gomes de Lima*

POLÍCIA  
CIVIL  
RR

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 9108-7708

Ocorrência Nº: 6033/2020 - Registrado em: 06/07/2020 às 11h 27min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 02/05/2019 as 21h 45min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: JOSE CASSIMIRO DA SILVA COM MANOEL JOAQUIM - Nº: S/N

CEP: 69300-000

MARTINS

Bairro: PINTOLANDIA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

ENDERSON GOMES DE LIMA(29), nascido(a) em 20/02/1991, sexo MASCULINO, solteiro(a); exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 016.014.672-06, País: BRASIL, natural de MANAUS-AM, filho(a) de MARIA DA CONCEIÇÃO LIMA DA SILVA e , endereço: MERIDIONAL, cep: 69317-356, Nº: 66, bairro: JARDIM EQUATORIAL, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99136-2698

**OBJETOS**

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG, ANO: 2010, CHASSI: 9C2JC4110AR068379, DE PLACA: NAS-8059, DE PROPRIEDADE DE BRUNO TEIXEIRA DE SOUZA NO ENDEREÇO ACIMA QUANDO AO PARAR NO CRUZAMENTO UMA MOTOCICLETA POP QUE VINHA NA RUA MANOEL JOAQUIM MARTINS FEZ A CURVA BRUSCAMENTE COLIDINDO DE FREnte COM O COMUNICANTE, MESMO NÃO SABE OS DADOS DA MOTOCICLETA POIS O CONDUTOR EVADIU-SE DO LOCAL. COMUNICANTE INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU NO LOCAL DO ACIDENTE E FEVEREIRO PARA O COSME E SILVA PELA POLICIA MILITAR. E EM SEGUIDA LEVADO PARA O HGR. E O RELATO

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

JOSE R. C. ARAUJO  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 42000432  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

  
ENDERSON GOMES DE LIMA  
COMUNICANTE



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ENDERSON GOMES DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01383-8

CONTA: 000001002459-5

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2409202005000000000237013830000100245967500 PAGO





Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a UC 1089170



RORAIMA ENERGIA  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO  
1089170

MÊS  
05/2020

TOTAL A PAGAR  
R\$ 554,71

750009.000000001081.917005200055



VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096



RODÍO PLASTIFICAR

380151096

ASSINATURA DO PORTADOR





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

Para mais informações, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos seguintes canais:  
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 Ouvintor: 0800 022 12 06

### 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/BIREL/OTI/CAWF/UDOCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=29546>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os Seguradores devem adotar medidas devidas para evitar que pessoas envolvidas no pagamento de indenizações estejam a serviço de organizações terroristas, informando acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

É importante ressaltar que, ao receber as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, entretanto, caso o segurado da referida Circular, esta incosa o passível de comunicação ao COAF.

PREVENÇÃO DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVISSÃO PESO, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO; COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FINANÇA, SEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE LAVAGEM DE DINHEIRO, CONFORME PREVISTAS NA LEI N° 9.613/98.

Declaro, que sou Flávia Brácio de Souza,  
nascida em 383.053.552-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do beneficiário, inscrito (a) no CPF/CNPJ  
Anderson Gomes de Lima, inscrito (a) no CPF sob o N° 056.054.672-06,  
nascido em 056.054.672-06, da Vítima, Anderson Gomes de Lima,  
nascido em 056.054.672-06, 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 à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço abaixo, informado como proprietário 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.

Rua: Antônio Pinheiro Galvão Número: 3832 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Suritis Cidade: Beira Vista Estado: PR CEP: 69.309.209  
Email: flavir@hotmail.com Tel.(DDD): (95) 99554-4282

Local e Data:

Assinatura do Procurador



:: Guia de Atendimento 17 ::

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
		<input type="checkbox"/> Azul Ass.: <i>Verde</i>			
<i>Verde</i>					
1901104886 03/05/2019 00:33:12		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	
Paciente	ENDERSON GOMES DE LIMA	Data Nascimento	Idade	CNS	NOTURNO 19- 1
Documento	20/02/1991	Sexo	28 A 2 M 11 D	705007076639454	CPF 07
Órgão Emissor	SSP/AM	Estado Civil	Raça/Cor	01601467206	Prontuário
Data Emissão	26/03/2009	M	UNIAO ESTAVEL	Naturalidade	Nacionalidade
Mãe	MARIA DA CONCEIÇÃO LIMA DA SILVA		PARDA	MANAUS - AM	BRASILEIRA
Endereço	RUA - MERIDIONAL - 66 - CRUVIANA - BOA VISTA - RR		EVANDRO SILVA GOMES	Contato	(92) 99332-6767
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento		Procedimento Sol.	Pressão	
Sector	URGÊNCIA				
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada				
Queixa Principal	DEMANDA ESPONTANEA				
( <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue )					
Anamnese de Enfermagem		Registrado por: <b>LIDIANE OLIVEIRA</b>			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - <i>h</i> )		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 <b>15</b>			
<i>Cerejeira em 21-12.</i>					
Exame Físico					
Hipótese Diagnóstica					
<i>Fractura na metade.</i>					
SADT - Exames Complementares					
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO					
<i>① Tulelito 20 g a</i>					
<i>② Ipratropio 15 mg</i>					
<i>③ Cetofolato 20 mg</i>					
<i>④ ATD</i> <i>Sho.</i> <i>Oct-12</i>					
APRAZAMENTO    OBSERVAÇÃO					
<i>Paulo César Viana Stocker</i> <i>Técnico de Enfermagem</i> <i>COREN-RR 2502134-TE</i>					
Conduita					
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica					
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido					
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia					
<input type="checkbox"/> Transferência para: <i>ORTOPEDIA</i>					
Óbito					
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Destino: <input type="checkbox"/> Família					
Assinatura do Paciente ou Responsável					
<i>Carimbo e Assinatura</i> <i>CRMR 100</i> <i>Médico</i> <i>Kelly Dutarte</i>					
Impresso por: <i>Lidiane oliveira</i> Data Hora: <i>03/05/2019 00:33:59</i>					
Ch - Sistemas em Desenvolvimento versão 1.0 - 04/04					
1.5.252:8888/IS4/IS4/2781365D-551R-13D1					



Ort Dr Vila Parera  
Pct Vítima do acidente trânsitico  
Rx não ha evolução de frx explo  
EF: Adm SI restrição  
· não ha exposição oss  
· tratar osteocondrose entre os 17º e 28º T(D)  
Cf: SI contusão de origem ortopédica, retor no

07

03/10/19

Paciente com fratura ao PR Suaes

Do fuso do friso Dsim 20 3º rompimento

② Ponto Bicus PR S120 visto 2º Pco rompimento

Orc não identificar a fratura resumida

Dr. Marcos Aguiar  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1995



Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a UC 1089170



RORAIMA ENERGIA  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO  
1089170

MÊS  
05/2020

TOTAL A PAGAR  
R\$ 554,71

750009.000000001081.917005200055



VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096



RODÍO PLASTIFICAR

380151096

ASSINATURA DO PORTADOR



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200256882      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ENDERSON GOMES DE LIMA      **Data do acidente:** 02/05/2019      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

A Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MOR

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

036.034.672-06 Anderson Gomes de Lima

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Meridional

6 - CPF:

036.034.672-06

11 - Bairro:

Equatorial

12 - Cidade:

Boa Vista

9 - Número:

66

10 - Complemento:

15 - Email:

florivr@hotmail.com

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.357-356

16 - Tel.(DDD):

(95) 99154-4289

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\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

23 - 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: 1383

CONTA: 1002459

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa 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 falecimento 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, informar

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainascer):

 Sim

 Não

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

 Sim

 Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim

 Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 2020

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

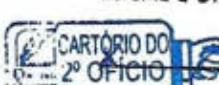
NOME: Enderson Gomes de Lima  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
PROFISSÃO: OP. magazene  
IDENTIDADE: 564318-0  
ENDEREÇO: R: meidional 66 esq. leviana  
OUTORGADO

NOME: Edson Gomes de Lima  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
PROFISSÃO: Ateneando  
IDENTIDADE: 114.807 SSP-RR  
ENDEREÇO: R: Antônio p: Galvão 1833

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: 02/05/2019, cobertura Incidentes, vítima: Enderson Gomes de Lima

Boa Vista RR, 27/04/2020

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202258/20

**Número do Sinistro:** 3200256882

**Vítima:** ENDERSON GOMES DE LIMA

**CPF:** 016.014.672-06

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/05/2019

**Titular do CPF:** ENDERSON GOMES DE LIMA

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

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/08/2020  
Nome: ENDERSON GOMES DE LIMA  
CPF: 016.014.672-06

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2020  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

ENDERSON GOMES DE LIMA

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA