

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:
2945515820201230105743

Processo 0831953-05.2020.8.23.0010 ☆ - (14 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)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 6	30/12/2020 10:57:43	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
6.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776806CONTESTACAO01.pdf Público
6.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776806CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
5	15/12/2020 16:35:12	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	15/12/2020 16:35:11	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	15/12/2020 16:35:11	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
		Registro de Distribuição	
2	15/12/2020 16:35:11	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
		5ª Vara Cível	
<div>[+]</div> 1	15/12/2020 16:35:10	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



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

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200351092

Vítima: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

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 leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000001107-0

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, retorne 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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

832.009.593-04

4 - Nome completo da vítima:

Francisco Conceição Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 385/2017

5 - Nome completo:

Francisco Conceição Sousa

6 - CPF:

832.009.593-04

7 - Profissão:

Antônio

8 - Endereço:

R. Salmo

9 - Número:

614

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Boa Vista

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69316-028

15 - Tel. (DDD):

(95)9404-5368

16 - E-mail: 2LOERRE@hotmail.com

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 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.800,00

☐ ACIMA DE R\$5.800,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anule a opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3905

CONTA:

1107

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 reconhecimento 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 a análise médica presencial, caso necessário, à critério 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 discutida do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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 (a nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR 23/09/2020

Francisco Conceição Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC. POR UNICO



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 9158-7209

Ocorrência Nº: 7254/2020 - Registrado em: 23/07/2020 às 12h 51min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 06/11/2018 às 17h 00min

LOCAL DO FATO

Município: AMAJARI

Logradouro: BR 174

Bairro: CENTRO

Referência:

Complemento: TUARU VICINAL 04

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: VIA RURAL

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

FRANCISCO CONCEICAO SOUSA(39), nascido(a) em 09/04/1981, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercente de profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 832.009.593-04, País: BRASIL, natural de SANTA LUZIA-MA, filha de MARIA HELENA CONCEICAO SOUSA e FRANCISCO ELOI SOUSA, endereço: SATURNO, cep: 69316-028, Nº: 614, FAV. RAJAR DO SOL, BOA VISTA-RR, referência: PRÓXIMO A IGREJA ADVENTISTA, Telefone: (95) 99122-9874.

OBJETOS

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA UMA HONDA/CG 160, ANO:2017/2017, COR: PRETA, CHASSI KC2JE0H041266, PLACA: NAW4987, DE PROPRIEDADE DE MARIA CRISTINA DE SANTANA, QUANDO UM CARRO INVADIU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM SUA ESQUERDA. O MESMO INFORMA QUE SAIU DA PISTA E BATEU NA BOEIRA, CAUSANDO A FRATURA NO BRAÇO DIREITO. O MESMO INFORMA QUE SUA ESPOSA SOCORREU E LEVOU NO HRG. É O RELATO.

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

RONALDO LUIZ DE SOUZA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: SIAFI 710351
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Francisco Conceicao Sousa
FRANCISCO CONCEICAO SOUSA
COMUNICANTE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

832.009.593-04

4 - Nome completo da vítima:

Francisco Conceição Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 385/2017

5 - Nome completo:

Francisco Conceição Sousa

6 - CPF:

832.009.593-04

7 - Profissão:

Antônio

8 - Endereço:

R. Salgueiro

9 - Número:

614

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Boa Vista

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69316-028

15 - Tel. (DDD):

(95)9404-5368

16 - E-mail: 2608888@hotmail.com

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 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.800,00

☐ ACIMA DE R\$5.800,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anule a opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3905

CONTA:

1107

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 reconhecimento 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 a análise médica presencial, caso necessário, à critério 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 discutida do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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 (a nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR 23/09/2020

Francisco Conceição Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC. POR UNICO

Via de Pagamento para o mês/ano: 06/2020 referente a UC: 865028



RORAIMA
ENERGIA

Ligada em você

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: 5457846

MARIA CRISTINA DE SANTANA

R. SATURNO, 614 ,

RAIAR DO SOL

69316028 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
865028	06/2020	15-MAY-20 a 16-JUN-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
30	11-JUL-20	R\$ 43,62

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

Ligada em você

RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691,
CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
865028	06/2020	R\$ 43,62

836400000003.436200750004.000000000869.502806200056





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

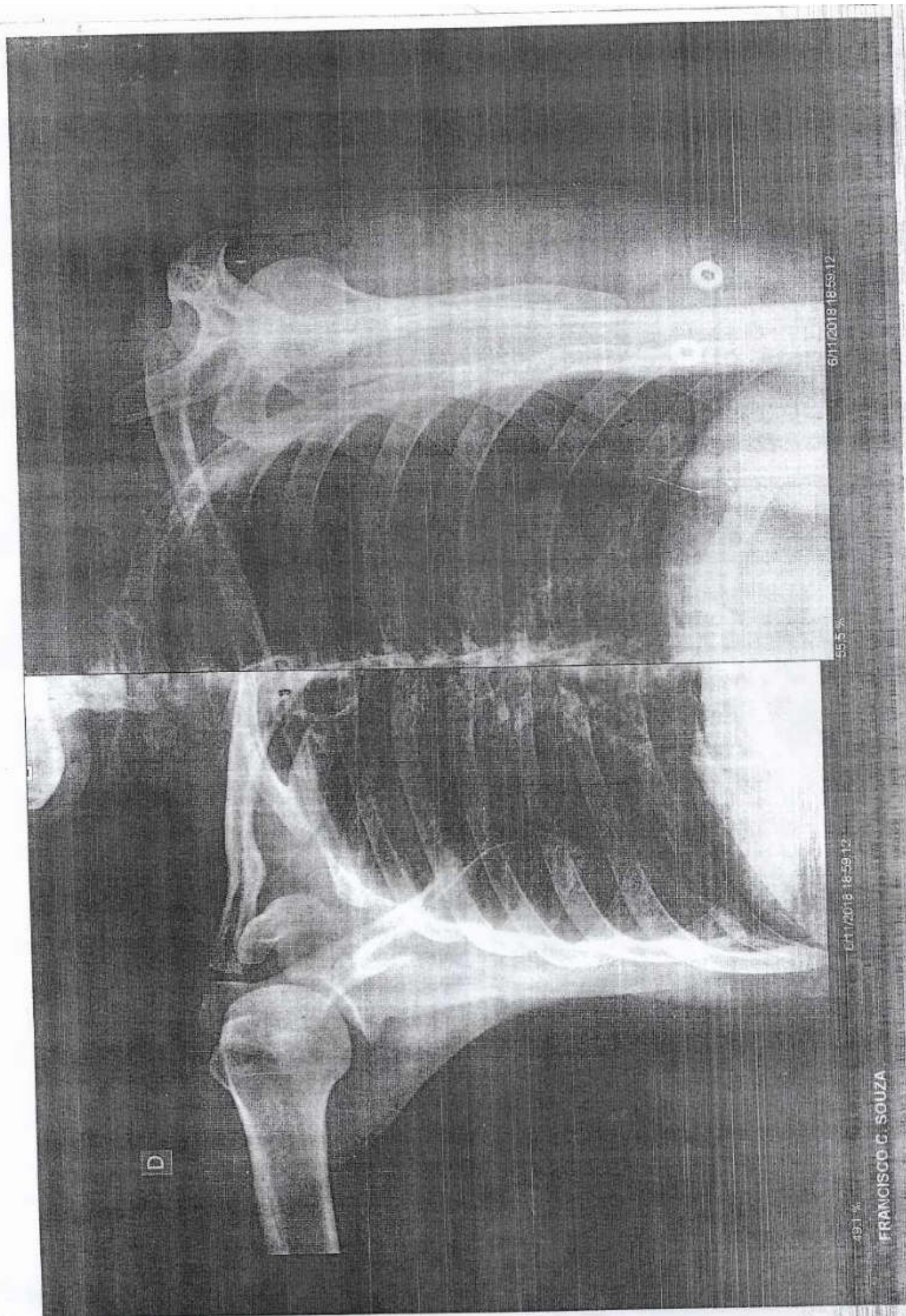
Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.912 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco Conceição Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 832.009.593 / 04,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Conceição Sousa
inscrito (a) no CPF sob o Nº 832.009.593 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Antônio D. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILAIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.300-200</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR 29/09/2020

Assinatura do Declarante



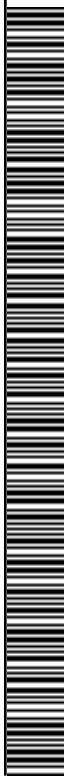
FRANCISCO CONCEIÇÃO

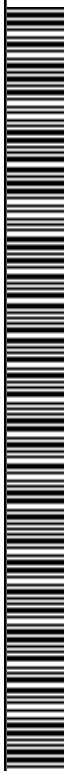
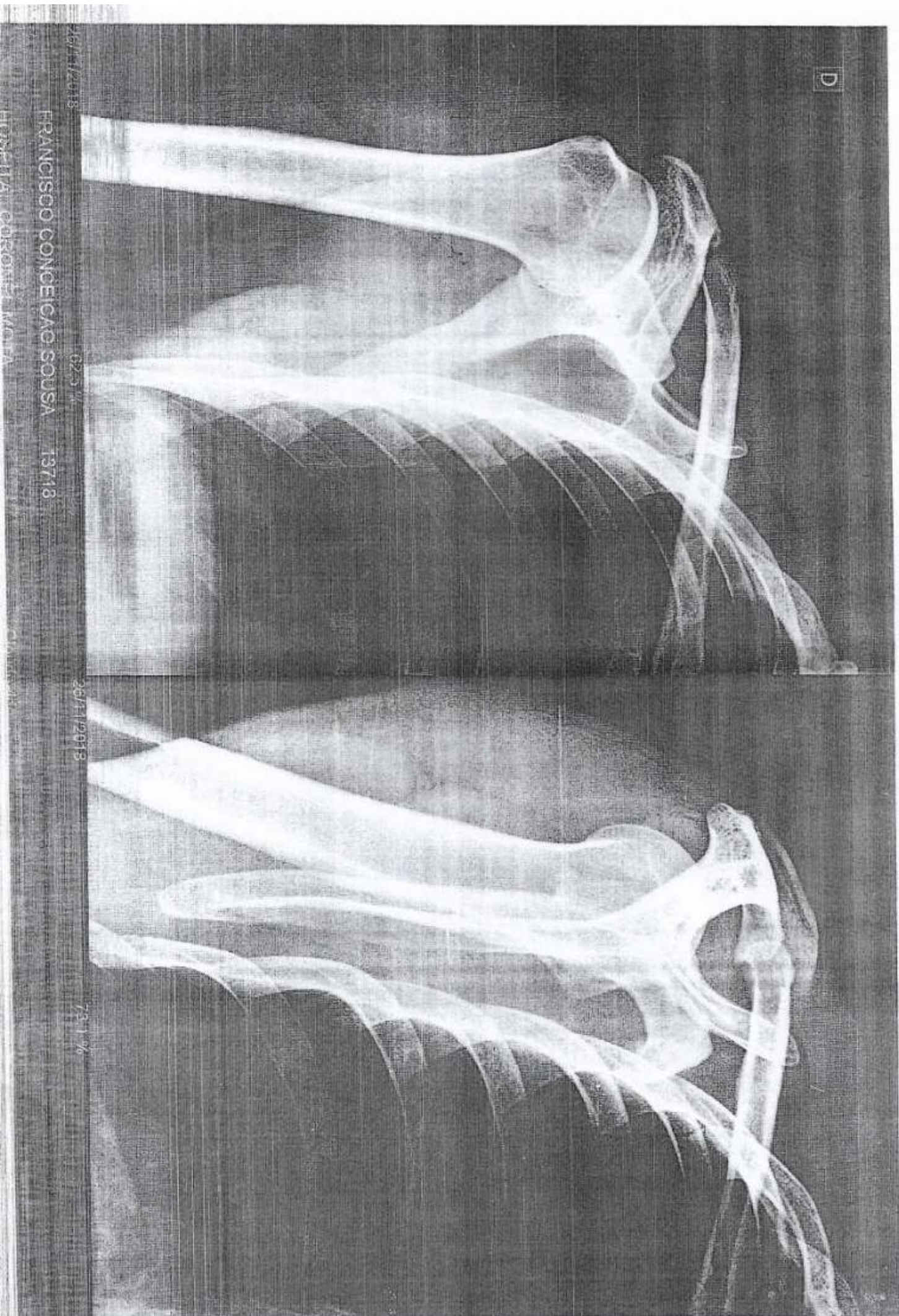
9/11/2020 18:22:38-33

9/11/2020

9/11/2020 18:22:38-33

D





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL CORONEL MOTA
SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

NOME: FRANCISCO CONCEIÇÃO SOUSA

DN: 09.04.81

IDADE: 37 ANOS

DR: PAULO JEFFERSON

DATA: 07.12.18

ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

Ao exame do ombro direito, observa-se imagem de espessamento heterogêneo do tendão do músculo supraespinhal, e estria laminar de permeio no terço distal.

Tendões subescapular e infraespinhal preservados.

Tendão da cabeça longa do bíceps acusticamente normal.

Articulação acrômio clavicular de dimensões preservadas.

HD: Ruptura intratendínea do tendão do músculo supraespinhal direito.

MÉDICO RESPONSÁVEL
DR: JÚLIO KONG / CRM - 376



06/11/2018

... Guia de Atendimento 17 ...



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação
VERDE

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1801031792 06/11/2018 18:00:37 **FICHA DE ATENDIMENTO** CLÍNICA MÉDICA DIURNO 07-19 195

Paciente **FRANCISCO CONCEIÇÃO SOUSA** Data Nascimento **09/04/1981** Idade **37 A 6 M 27 D** CNS **898003949081684** CPF **83200959304** Prontuário **00074799**
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 1097221994 SSP/RR M PARDA SANTA LUZIA - MA BRASILEIRA
Mãe **MARIA HELENA CONCEICAO SOUSA** Pai **FRANCISCO ELOI SOUSA** Contato **(95) 99173-8355**
Endereço **RUA - ANTONIO FERREIRA DE SOUSA - 41 - SAO FRANCISCO - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco **VERDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento **SPA - PRONTO ATENDIM** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **ALESSANDRA CRISTINA**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
queixa de dor ombro direito apos acidente de motocicleta ha um dia e meio

Anamnese de Enfermagem
nega dm has
GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Acidente há 2 dias no interior. Dor ombro (D)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica
Trauma ombro D Ombro

SADT - Exames Complementares
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>1) tilatil 400 mg</i>	<i>h 12:00 e 18:00</i>	
<i>2) diclofenac 75 mg</i>		
<i>Dr. Jesus A. Lopes Aguiar CRM-RS 566</i>		

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /

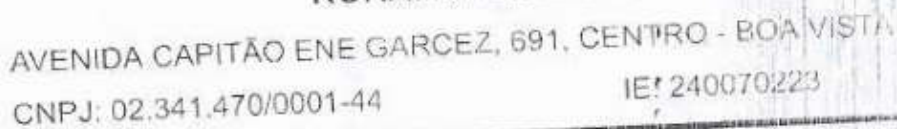
óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: isabel
Data Hora: 06/11/2018 18:05:03






RR

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



MINISTÉRIO DO TRABALHO	
SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO EMPREGO	
CARTeira DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL	
CPF	130.26086.42-7
2248230	0060
RR	
Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho	
A SINTETURA DO TITULAR	
	
	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
FRANCISCO CONCEICAO SOUSA	
FILIAÇÃO: MARIA HELENA CONCEICAO SOUSA FRANCISCO ELIO SOUSA	
NASCIMENTO: 09/04/1981	
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	
NATURALIDADE: SANTA LUZIA - MA	
DOCUMENTO: R.G. - 4299221264 - 09/04/1981 - SESP - MA	
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1964	
CPF: 852.006.293-04	CNH:
TIT. ELEITOR:	SEÇÃO:
ZONA:	
LOCAL DE EMISSÃO: SRTERR - BOA VISTA	
DATA DE EMISSÃO: 10/04/2019	
	
MANOEL ROCHA	
ASSISTENTE SOCIAL	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200351092

Cidade: Amajari

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

Data do acidente: 06/11/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO (RUPTURA INTRATENDÍNEA DO TENDÃO DO MÚSCULO SUPRAESPINHAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO 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 LEVE DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% MEMBRO SUPERIOR (RÁDIO) E 25% TORNOZELO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Francisco Conceição Sousa

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 109722199-4

ENDEREÇO: R. Setúbal, N° 614, Bairro do Sol

OUTORGADO

NOME: Elis Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114807

ENDEREÇO: R. Antonio P. Galvão, N° 1832, Curitiba

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: 06/11/2019 cobertura Invalididez vítimas

Francisco Conceição Sousa

Francisco Conceição Sousa

OUTORGANTE

BOA VISTA RR. 23 DE 07 /2020

CARTÓRIO
LOUREIRO



CARTÓRIO LOUREIRO
DIL JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR

Atividade: Boas Fins - Centro - Boa Vista/RR. Tel: (99) 3634-4077 - Atendimento: 9h às 18h (exceto domingos e feriados)

BRASIL - IDENTIFICAÇÃO (assinatura) (s)
Nº (registro) - FRANCISCO CONCEIÇÃO SOUSA

VS Em testemunho da verdade Boa Vista, 23/07/2020
Emol: 2,56 FUNDEJURR 026 FISC: 013 FECON: 013 ISS: 13,34 (Boa Vista)

Selo: RECIR1583453V40TFKXUG9K6012 N° Ticket: 00287
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 83200959304

Aline Mousan
Escritor(a) Anzada
Cartório

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276808/20

Vítima: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

CPF: 832.009.593-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

FRANCISCO CONCEICAO SOUSA : 832.009.593-04

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: 30/09/2020
Nome: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA
CPF: 832.009.593-04

FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

