

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:  
2953182320210115104820

Processo 0832484-91.2020.8.23.0010 ☆ - (24 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	15/01/2021 10:48:20	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div>6.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2778321CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div>			
<div><div>6.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2778321CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div>			
<div><div>6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KIT SEGURADORA LDER.pdf</div><div>Público</div></div>			
5	21/12/2020 17:08:41	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	21/12/2020 17:08:41	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	21/12/2020 17:08:41	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
Registro de Distribuição			
2	21/12/2020 17:08:41	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
2ª Vara Cível			
<div>[+]</div> 1	21/12/2020 17:08:41	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705962

Vítima: MARCIA DE SOUZA COELHO

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIA DE SOUZA COELHO

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 15268401



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, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705962

Vítima: MARCIA DE SOUZA COELHO

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIA DE SOUZA COELHO

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

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00801/00802 - carta\_03 - INVALIDEZ

00080401



Carta nº 15277395

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: PJX27 NXBAH 2CN8Z UCYNB





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705962

Vítima: MARCIA DE SOUZA COELHO

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCIA DE SOUZA COELHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00259/00260 - carta\_11 - INVALIDEZ

00070130



Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF do vítima: 447.157.202-91	4 - Nome completo da vítima: MARCIA DE SOUZA COELHO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: MARCIA DE SOUZA COELHO		6 - CPF: 447.157.202-91	
7 - Profissão: AUTÔNOMA	8 - Endereço: RUA GUAPO MESTRE A. VIANA	9 - Número: 1623	10 - Complemento: CR50
11 - Bairro: SANTA LUCIA	12 - Cidade: BOA VISTA	13 - Estado: 120	14 - CEP: 69.317-173
15 - E-mail: SODISTANAGG@GMAIL.COM		16 - Tel. (DDD): 95/41169-5685	
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:		20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 4263 3		CONTA: 10.201 6	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>			
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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		34 - 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.	
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):			
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):			
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):			
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha			
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha			
40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 10/11/2019			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):			
43 - Assinatura do Procurador (se houver):			

56716



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044042/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/12/2019 09:44 Data/Hora Fim: 10/12/2019 10:04  
Origem: Polícia Judiciária Data: 10/12/2019  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 29/10/2019 15:25

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Ataíde Teive

Bairro: Equatorial

Ponto de Referência: Próximo ao Supermercado Macuxi  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO  
AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB )

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARCIA DE SOUZA COELHO (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: ES - Vitória Sexo: Feminino Nasc: 26/04/1969  
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Delzira Vital de Souza Nome do Pai: Jurandi Alves de Souza

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 447.157.222-91  
RG - Carteira de Identidade: 66840

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: Grão Mestre Ademir Viana  
Complemento: Casa  
Bairro: Santa Luzia  
Telefone: (95) 99129-9262 (Celular)

Nº: 1623

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 447.157.222-91

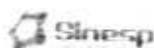
Placa NAO-2472

Renavam 01078682434

Número do Motor J4DFM01970

Número do Chassi 95VJK6D2FGM002647

Ano/Modelo Fabricação 2016/2015



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 10/12/2019 10:04  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 044042/2019

Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo DAFRA/ZIG 50
Modelo DAFRA/ZIG 50	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Marcia de Souza Coelho	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitada, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo à motocicleta de sua propriedade também devidamente descrita acima, quando teve sua preferencial invadida por um veículo que trafegava na Avenida Santo Antonio, não sabendo informar a placa, apenas que tratava-se de um VOLKSWAGEN/GOL DE COR PRATA e que sua condutora permaneceu no local e se apresentou com o nome de JÔ, não sabendo mais nenhuma informação sobre a mesma. Que sofreu lesões corporais e foi levada ao HGR por populares. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

 Jefferson Inacio Araujo Agente de Polícia Civil Mat. 042000908 Responsável pelo Atendimento	 Marcia de Souza Coelho (Comunicante / Vítima / Envolvido)
--	--

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



Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF do vítima: 447.157.222-91	4 - Nome completo da vítima: MARCIA DE SOUZA COELHO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: MARCIA DE SOUZA COELHO		6 - CPF: 447.157.222-91	
7 - Profissão: AUTÔNOMA	8 - Endereço: RUA GUAPO MESTRE A. VIANA	9 - Número: 1623	10 - Complemento: CR50
11 - Bairro: SANTA LUCIA	12 - Cidade: BOA VISTA	13 - Estado: 120	14 - CEP: 69.317-173
15 - E-mail: SODISTANAGG@GMAIL.COM		16 - Tel. (DDD): 95/41169-3685	
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:		20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 4263 3		CONTA: 10.201 6	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>			
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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		34 - 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.	
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):			
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):			
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):			
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha			
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha			
40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 10/11/2019			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):			
43 - Assinatura do Procurador (se houver):			





**RORAIMA ENERGIA**

Para consultar uma conta da Roraima Energia, informe este NÚMERO: **0046138-5**

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

Nº da Nota Fiscal: **000799045**  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
<b>OUTUBRO/2019</b>	<b>16/11/2019</b>	<b>592</b>	<b>477,92</b>

MÁRIO DO NASCIMENTO COELHO  
R. GILMO-IL ADEMER VIANA 1623 SANTA LUZIA

CPF: 00009220664215  
CEP: 69.317-173 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (kWh)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 18057	Atual: 18/10/2019	Grupo/Subgrupo: 3
Anterior: 18265	Anterior: 18/09/2019	Classificação: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 18/11/2019	Ligação: 01
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 05/10/2019	Número Medidor: 16TUB01974
Consumo medido: 592	Apresentação: 18/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 592	S: 30, 901 - 21, 01, 244000	Modalidade: COMERCIAL

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

CONSUMO	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	592 A R\$ 0,764602 =	452,64
			25,28


**OUTRAS INFORMAÇÕES**

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 592 - R.634620

**HISTÓRICO DE LEITURA**

Mês	Consumo (kWh)
OUT/18	789
NOV/18	749
DEZ/18	621
JAN/19	421
FEB/19	540
MAR/19	604
ABR/19	604
MAY/19	588
JUN/19	421
JUL/19	552
AUG/19	444
SET/19	553
OUT/19	592

Média 12 meses: 581



**RORAIMA ENERGIA**

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Senck, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-8

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1  
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ RR/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal: 4052960

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2005 F.C.A.M.\*

**SEU CÓDIGO**  
0032588-0

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	19/12/2019	239	184,42

ROMARIA PEREIRA DE SOUZA  
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAÃ  
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 00087628650249

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 26182 Anterior: 25943 Dias de consumo: 29 Constante de Multiplicação: 1,00 Consumo medido: 239 Consumo faturado: 239	Atual: 19/12/2019 Anterior: 21/10/2019 Próxima leitura: 12/2019 Emissão: 19/11/2019 Apresentação: 11/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1.2 Classes/Subclasses: RESIDENCIAL Ligação: BIFÁSICA Número Medidor: 1123881198 Forma de Faturamento: NORMAL Modalidade: R 1521363

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

CONSUMO	239 A R\$ 0,771640 =	184,42
ILUMINACAO PUBLICA		29,44


**OUTRAS INFORMAÇÕES**

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 239 - R\$ 0,623588

Média 12 meses: 183

**HISTÓRICO DE MEDIÇÃO**

Mês/Ano	Consumo (kWh)
NOV/18	264
DEZ/18	183
JAN/19	221
FEB/19	185
MAR/19	212
ABR/19	252
MAY/19	223
JUN/19	160
JUL/19	182
AGO/19	173
SET/19	180
OUT/19	111
NOV/19	239



**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/12/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existiriam contas vencidas e a reavaliadas no valor de R\$ 1.580,14 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$  
10/2019 114,37

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REALISTE MÉDIO +2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29/08/2019. LIGUE 08007019128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO\* 16-11-16 21 26


**RESERVADO AO FISCO**

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ICMS:
Distribuição: 99,72	Tributos: 9,64	184,42	17,09%
Transmissão: 43,69	30,37		31,95
			CORFOS: 8,37%
			0,69
			0,00

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

	OC	FC	DMC	DMCII
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00

ROT: 8.001.16.07.011700



**RORAIMA ENERGIA**

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Senck, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-8

**SEU CÓDIGO**  
0032588-0

**MÊS FATURADO**  
DEZEMBRO/2019


Nº da Nota Fiscal: 4052960

**TOTAL A PAGAR - R\$**  
184,42

**VENCIMENTO**  
19/12/2019

F.C.A.M.\*

836200000002 1 13860075000 2 000000000032 3 58801119008 3



SEQ.: 0262 UC: 0032588-0 DT. LEIT.: 19/11/2019 T. ENTR.: 04  
LEITURA: 26102 NORMAL TOTAL: 213,86 CARGA: 003  
DT. VENC.: 11/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4141



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ SANTANA FEIJÓ GOMES inscrito (a) no CPF/CNPJ 627.942.803-68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCIA DE SOUZA COELHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.157.222-91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima MARCIA DE SOUZA COELHO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.157.222-91, 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 GIDEÃO</u>		Número <u>312</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.314-406</u>
Email <u>SANTANAQUIMAPAESRR@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>1951 99169-3685</u>

BOA VISTA 10 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

Guia de Atendimento 17

WIKO UVE



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

1ª Classificação/Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

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

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

1901179900 29/10/2019 15:40:06 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 21

Paciente **MÁRCIA DE SOUZA COELHO** Data Nascimento **26/04/1969** Idade **50 A 6 M 3 D** CNS **700704977962779** CPF **700704977962779** Prontuário  
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **Data Emissão** Sexo **F** Estado Civil **P** Raça/Cor **PARDA** Nacionalidade **BRASILEIRA**  
Mãe **DELZIRA VITAL DE SOUZA** Pai **NI** Contato **(95) 99129-9262**  
Endereço **RUA - GRAO-MESTRE ADEMIR VIANA - SN - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **Validade** Autorização **Sis Prenatal**  
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão  
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **TRANSPORTADO POR TER** Procedimento Sol. **Registrado por: ALEXSANDRO PEREIRA**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

**Acidente automobilístico**

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **15:50 h**)  
**paciente refere colisão motor com. Aperte dor à mobilização e à palpação de pé (E). NEGAS ALERGIAS**

Exame Físico  
**paciente REG, LOFE, AN, supneica em ar ambiente**  
**dor à palpação e mobilização de pé (E). Edema +/4+ em dorso de pé (E)**

Hipótese Diagnóstica  
**lesão lacerante no pé**

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<b>já fez analgesia</b>		
<b>(1) dipirona 1g EV</b>		
<b>(2) tiludil 20mg EV</b>		
<b>1 A CC</b>		
<b>Dr. João A. Lopes Aguiar</b>		

Condução  
☒ Alta por Decisão Médica, diga transcrição p/ ORTOPEDIA ☐ Ambulatório  
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)  
☐ Alta a Revelia ☐ Internação  
☒ Transferência para: **ORTOPEDIA** Data e Hora da Saída/Alta: **11/11/19**

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

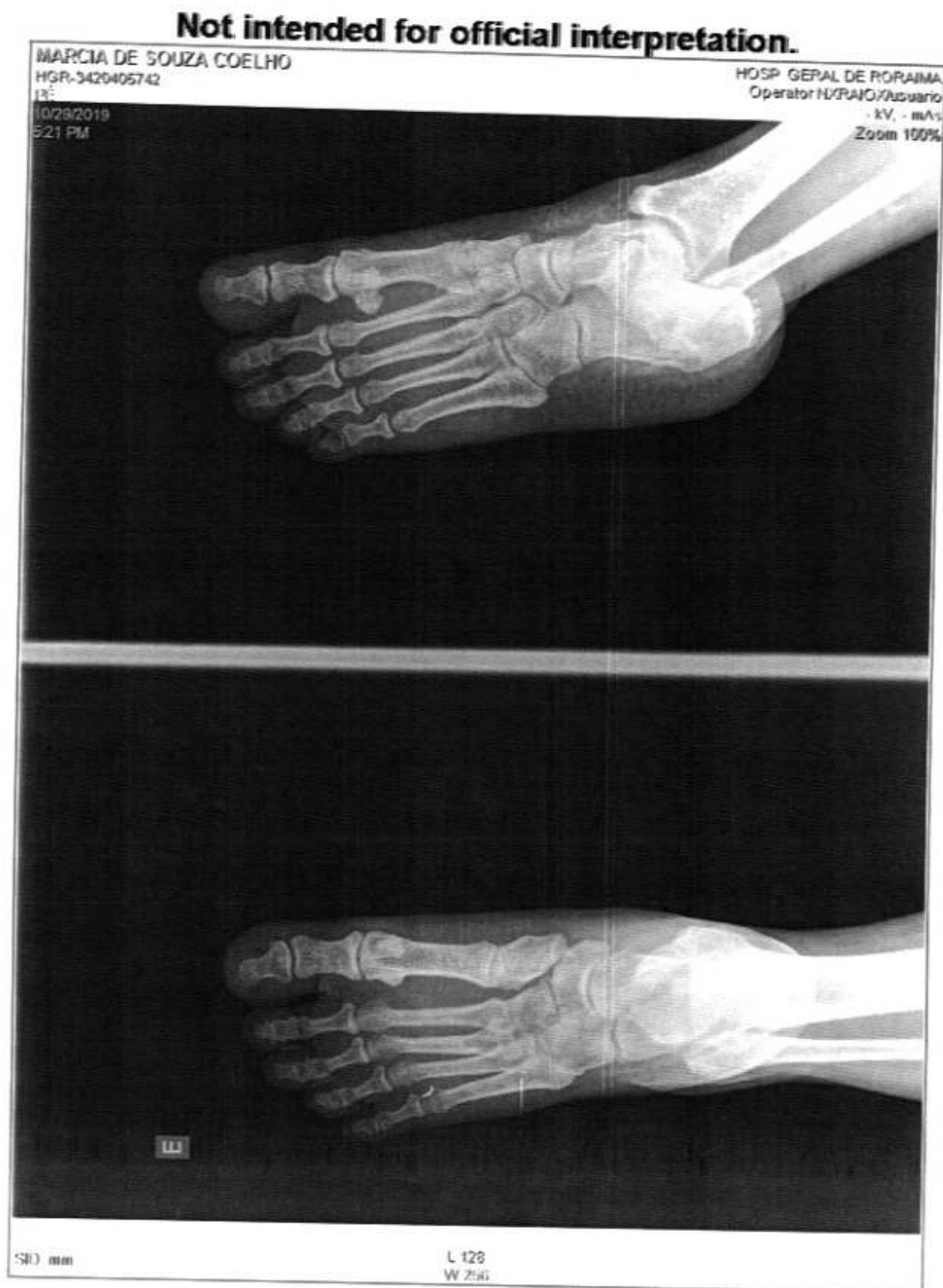
Assinatura do Paciente ou Responsável **Carimbo e Assinatura do Médico**

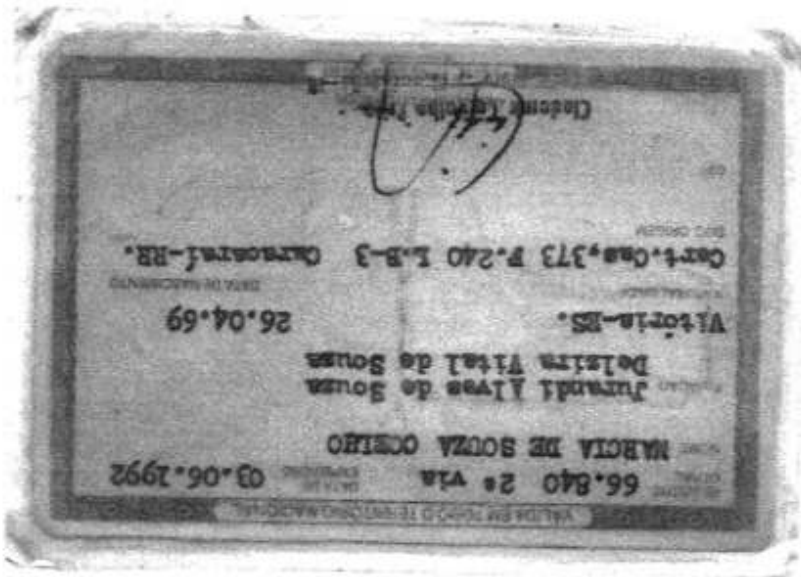
Impresso por: alexsandro.pereira  
Data Hora: 29/10/2019 15:40:45













## TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.



## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

163.73837.15-8

NÚMERO

0735076

SERIE

002-0

UF

RR

*Marcia de Souza Coelho*

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



02

## QUALIFICAÇÃO CIVIL

### BRASILEIRO

NOME	MARCIA DE SOUZA COELHO
LOC DE NASC	VITÓRIA - ES
FILIAÇÃO	JURANDI ALVES DE SOUZA DELZIRA VITAL DE SOUZA
DOC ARRECADADO	R.G. 66640 SSP RR
ESTADO CIVIL	CASADO
LEI Nº 246 DE 16 DE MARÇO DE 1966	
RE	66640
T. ELEITOR	010277432399
SEÇÃO	0009
CPF	447.157.222-91
ZONA	005
LOCAL DA EMISSÃO	DR/TIR
EMISSÃO	19/09/2006

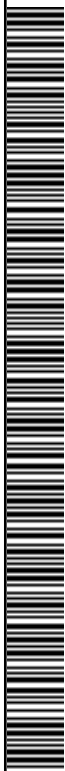
## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO		MOTIVO	
DATA DE NASC. DE		PARA	
DOCUMENTO			
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			
NOME		MOTIVO	
DOCUMENTO			
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			
NOME		MOTIVO	
DOCUMENTO			
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			
L E G E N D A			
A - CASAMENTO	C - DIVÓRCIO	E - RECONHECIMENTO DE INTERVENÇÃO	G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEPARAÇÃO	D - ADIÇÃO	F - MUDANÇA DE UNIDADE	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO			
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1650874125	NOME JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 1148763993 SSP MA		
	CPF 627.942.803-68	DATA NASCIMENTO 26/07/1978	
	FILIAÇÃO WESLIVAN LOPES GUIMARAES LUIZA FEITOSA GUIMARAES		
	PERMISSÃO [ ]	ACC [ ]	CAT. NBR AB
NP REGISTRO 03412152366	VALIDADE 28/05/2023	PMBULTAÇÃO 11/10/2004	
OBSERVAÇÕES			
ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL BOA VISTA, RR			DATA DE EMISSÃO 29/05/2018
ANTONIO FRANCISCO BENEIRA BARQUES DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR			69180083613 RRZ09677511
ASSINATURA DO DIRETOR			
RORAIMA			

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://prodi.tir.ius.br/prodi/> - Identificador: D1X27 NXBRAH 2CN8Z 1ICYNIB



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456805/19

Vítima: MARCIA DE SOUZA COELHO

CPF: 447.157.222-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/10/2019

Titular do CPF: MARCIA DE SOUZA  
COELHO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68**

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

**MARCIA DE SOUZA COELHO : 447.157.222-91**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: MARCIA DE SOUZA COELHO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADA  
PROFISSÃO: AUTONOMO RG: 66.840 SSP/RR  
CPF: 447.157.222-91 ENDEREÇO: R. GRÃO MESTRE A. VIANA Nº 1625  
BAIRRO: SANTA LUZIA CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA  
CEP: 69397-173

VITIMA: MARCIA DE SOUZA COELHO  
CPF: 447.157.222-91 DATA DO ACIDENTE: 29-10-2019  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADA:

NOME: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARÃES  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: AUTONOMO  
Nº. DO RG: 14826399-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/MA  
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999  
Nº. DO CPF: 627.942.803-68  
ENDEREÇO: RUA GIDEÃO Nº 312 BAIRRO: NOVA CANA

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA - RR, 10 de DEZEMBRO de 20 19



Marcia de Souza Coelho  
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456805/19

**Vítima:** MARCIA DE SOUZA COELHO

**CPF:** 447.157.222-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/10/2019

**Titular do CPF:** MARCIA DE SOUZA COELHO

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

#### MARCIA DE SOUZA COELHO : 447.157.222-91

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

