

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:  
2956439020210120163044

Processo 0832555-93.2020.8.23.0010 ☆ - (28 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário  
Assunto Principal: 11783 - Citação  
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

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 9	20/01/2021 16:30:44	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778322CONTESTACAO01.pdf Público
9.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778322CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
8	11/01/2021 12:31:14	CONCLUSOS PARA DESPACHO Responsável: JARBAS LACERDA DE MIRANDA	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário
7	07/01/2021 00:04:15	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 6	07/01/2021 00:04:15	REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE INCOMPETÊNCIA 4ª Vara Cível	Glaysen Alves da Silva Distribuidor
5	07/01/2021 00:04:15	MUDANÇA DE CLASSE PROCESSUAL DE CARTA PRECATÓRIA PARA PROCEDIMENTO ORDINÁRIO	Glaysen Alves da Silva Distribuidor
4	22/12/2020 16:41:52	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	ETHIANE DE SOUZA CHAGAS Analista Judiciária
3	22/12/2020 16:35:38	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
2	22/12/2020 16:35:38	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Núcleo de Plantão Judicial e Audiências de Custódia (NUPAC) - Competência Cível - Comarca de origem: BOA VISTA	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	22/12/2020 16:35:38	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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527953

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 28/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	--

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

Carta nº 14771587

Pag. 00657/00658 - carta\_03 - INVALIDEZ



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: PJV48 EPKLG 94YPC ULTZB





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, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527953

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 28/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 28/02/2019, emitida pelo Dr. Odinachi Udochukwu Okemiri, CRM nº 1851 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14857204



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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527953

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 28/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

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 14918286





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 435/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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.

### 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Representante  
da vítima  
Assinatura  
do representante  
legal da vítima

Local e Data: Boa Vista - RR, 09/09/2019

Nome: Maria de Jesus Ferreira Silva

CPF: 015.255.182-40

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria de Jesus Ferreira Silva  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

11 SET. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004731/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/03/2019 07:25 Data/Hora Fim: 01/03/2019 07:37  
Origem: Polícia Militar - Nº do Documento: 810323 J Data: 28/02/2019  
Delegado da Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Aferir: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 28/02/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: AV. ATA DE TEIVE

Bairro: Liberdade

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095 Atropelamento - acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GIDION GENTIL PEREIRA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA FELIPE XAUD  
Bairro: BURITIS

Nº: 405

Nome Civil: DAVID SOUSA MAGALHAES (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA FÁBIA  
Bairro: PISCICULTURA

Nº: 721

Razão Social: POLÍCIA MILITAR - RR (COMUNICANTE)

Razão de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O RCP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. David Sousa Magalhaes que Dirigia o Veículo PLACA NUJ-5729 e o Sr. Gidion Gentil Pereira que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAU-2389. Que devido ao acidente o Sr. Gidion e a Sra. Mariana de Jesus Ferreira Silva (passageira da Motocicleta) Sofreram lesão corporal e foram socorridos ao hospital pelo Samu, Brejo Preto.



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Jefferson Araújo  
Data de impressão: 20/03/2019 11:47  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

11 SET. 2019





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004731/2019

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000612  
Responsável pelo Atendimento

POLÍCIA MILITAR RF  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e que não sou responsável por qualquer crime cometido pelo(s) autor(es) do(s) fato(s) que deu origem, conforme previsto nos Artigos 336-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

11 SET. 2019

DAT

20 SET. 2019



Delegado de Polícia Civil: Juarez Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Jefferson Thiago Viana  
Data de Impressão: 20/09/2019 14:42  
Protocolo nº: Não disponível

DELEGADO DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

Página 2 de 2

PPe - Procedimento de Fichas Eletrônicas



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 004731/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 01/03/2019 07:25 Data/Hora Fim: 01/03/2019 07:37  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 810323 J Data: 28/02/2019  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 28/02/2019 07:30

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: AV. ATAIDE TEIVE

Bairro: Liberdade

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: GIDION GENTIL PEREIRA (CONDUTOR )**

Nacionalidade: Brasileira

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA FELIPE XAUD  
Bairro: BURITIS

Nº: 405

**Nome Civil: DAVID SOUSA MAGALHAES (CONDUTOR )**

Nacionalidade: Brasileira

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA PIABA  
Bairro: PISCICULTURA

Nº: 721

**Razão Social: POLICIA MILITAR - RR (COMUNICANTE )**

Ramo de Atuação: Órgão público

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Nenhum Objeto Informado

**RELATO/HISTÓRICO**

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. David Sousa Magalhaes que Dirigia o Veículo PLACA NUJ-5729 e o Sr. Gidion Gentil Pereira que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAU-2389. Que devido ao acidente o Sr. Gidion e a Sra. Maria de Jesus Ferreira Silva (passageira da Motocicleta) Sofreram lesão corporal e foram socorridos ao hospital pelo Samu. Era o relato.





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

**BOLETIM DE Ocorrência**

Nº: 004731/2019

**ASSINATURAS**

Ernandes Ferreira Lima  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000612  
Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR - RR  
(Comunicante)

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



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 417/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

### 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vêl nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data:

300 Quilômetro - RR, 09/09/2019

Nome:

Maria de Jesus Ferreira Silva

CPF:

015.255.182-40

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018

11 SET. 2019



11 SET. 2019

CIOPS

PMRR - BPM		RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL		SÉRIE J			
				Nº 810323			
Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fi
INTEG. 01	CIPTUR	28.02.2019	LESTE	07:30	07:30	07:50	09:20
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fin.			
1001-1003	13010-13999	-X-X-X-X-X-X-	---	---			
LOCAL DE OCORRÊNCIA							
LOCAL: Av. Gal. Ataíde Teive com Rua Jose Pinheiro		Bairro: Liberdade		Refe.: Cruzamento			
PESSOAS RELACIONADAS							
1 CONDUTOR Nome: GIDION GENTIL PEREIRA Idade: 34 E. Civil: CASADO							
Endereço: RUA FELIPE XAUD Nº 405 BURITIS CPF 98834622200							
Edt. R.G 232376 SSP/RR CNH - NÃO POSSUI Profissão: AUTONOMO							
2 CONDUTOR Nome: DAVID SOUSA MAGALHÃES Idade: 32 E. Civil: SOLTEIRO							
Endereço: RUA PIABA Nº 721 BAIRRO PISCICULTURA CPF 81537786253							
Edt. R.G 252480 SSP/RR CNH 03881450438 Profissão: SOLTEIRO							
3 GARUPA Nome: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA Idade: 26 E. Civil: CASADA							
Endereço: RUA FELIPE XAUD Nº 405 BAIRRO BURITIS CPF 01525518240							
Edt. R.G NÃO PORTAVA CNH --- Profissão: AUTONOMA							
Danos dos veículos							
<ul style="list-style-type: none"><li>ITEM 1 - V1 = YAMAHA/FAZER DE COR BRANCA DE PLACA NAU-2389 (DANOS: CARENAGEM, PISCA ESQUERDO, PROTEÇÃO DA DESCARGA)</li><li>ITEM 2 - V2 = VW/NOVO VOYAGE DE COR VERMELHA DE PLACAS NUJ-5729 (DANOS: PARA-CHOQUE DIANTEIRO, FAROL ESQUERDO, PLACA DIANTEIRA, CAPÔ, PARA-LAMA ESQUERDO)</li></ul>							
CARGO		LOCAL					
ENCO		ABC		DAT			
HISTORICO							
<p>Senhor coordenador,</p> <p>Acionados, via CIOPS, para o atendimento de ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado, onde entramos em contato com os envolvidos que nos relataram que o senhor Gidion Gentil Pereira (item 1) conduzia o "V1", na Av. Gal Ataíde de Teive no sentido bairro-centro, onde no cruzamento com a Rua Jose Pinheiro ocorreu a colisão com o "V2" que era conduzido pelo Senhor David Sousa Magalhães (item 2), nesta rua no sentido à Av. Mario Home de Melo, que segundo ele cruzou a avenida porque os veículos haviam parados na faixa de pedestre antes do cruzamento.</p> <p>Informo que foi acionada a viatura do SAMU para prestar auxílio medico aos condutores da motocicleta, item 1 e item 3, pois apresentavam escoriações pelo corpo e foram recolhidos ao HGR. Não foi possível o acionamento da perícia devido aos veículos serem removidos por populares do local para evitar outro acidente, pois o fluxo de trânsito estava intenso. Foi realizada a consulta das documentações onde foi constatado que o "item 1" não possui CNH ou PPD e que as medidas administrativas foram realizadas e os veículos liberados aos seus respectivos condutores em que o "V1" ficou na responsabilidade do senhor Yure Mezaque de Sousa (CNH:04467415724) entregue pelo próprio condutor. Era o que tinha a relatar.</p>							
Wandelino Satino Gimaque da Silva		41.389-5		SD/PM		CIPTUR	
		Nº		Posto/Graduação		SUOp	

POLÍCIA MILITAR - RR  
CPC-P2-P3  
CONFERE COM ORIGINAL  
DATA 20/08/19  
F. David Amaral dos Santos  
Func. Civil PMRR  
Mat. 044005222







Ortopedia Dr. Anacleto  
Paciente, vítima de trauma contuso PE(E)  
nos acidentes moto x Camião S.I.C  
EF dor PE(E)  
Radiografia, fratura Estalage humeral PE(E)  
H.O. fratura S.O.P.A.D. (E)  
L.O. anelagem + manuseio + Placa

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 185117



11 SET. 2019

11/ 9/2019

Via de Pagamento para o mes/ano: 08/2019 referente a UC: 216542



## 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: 3547715

TATIANA LIRA DA COSTA

R. FELIPE XAUD, 405 ,

BURITIS

69309175 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
216542	08/2019	25-JUL-19 a 27-AUG-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
463	05-OCT-19	R\$ 448,59

### OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

ecorte aqui



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
216542	08/2019	R\$ 448,59

836400000045.485900750004.000000000216.654208190052



11 SET. 2019



## 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: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	02/2019	25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	11-MAR-19	R\$ 229,20

### OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

11 SET. 2019

11 SET. 2019

recorte aqui



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089153	02/2019	R\$ 229,20

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria de Jesus Figueira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.255.182 / 40

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria de Jesus Figueira Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.255.182 / 40, 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 P. 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>69.309 209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 08/09/2019

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

11 SET. 2019



11 SET. 2019

CIOPS

PMRR - BPM		RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL		SÉRIE J			
				Nº 810323			
Vtr INTEG. 01	SUCp CIPTUR	Data 28.02.2019	S/Setor LESTE	H/Transm 07:30	H/Ini 07:30	CH/H 07:50	H/Fi 09:20
Cód. Oc. 1001-1003	Cód. Prov. 13010-13999	Cód. Ser. Prest. -X-X-X-X-X-X-	Km/Ini. ---	Km/Fin ---			
LOCAL DE OCORRÊNCIA							
LOCAL: Av. Gal. Ataíde Teive com Rua Jose Pinheiro		Bairro: Liberdade		Refe.: Cruzamento			
PESSOAS RELACIONADAS							
1 CONDUTOR Nome: GIDION GENTIL PEREIRA Idade: 34 E. Civil: CASADO							
Endereço: RUA FELIPE XAUD Nº 405 BURITIS CPF 98834622200							
Edt. R.G 232376 SSP/RR CNH - NÃO POSSUI Profissão: AUTONOMO							
2 CONDUTOR Nome: DAVID SOUSA MAGALHÃES Idade: 32 E. Civil: SOLTEIRO							
Endereço: RUA PIABA Nº 721 BAIRRO PISCICULTURA CPF 81537786253							
Edt. R.G 252480 SSP/RR CNH 03881450438 Profissão: SOLTEIRO							
3 GARUPA Nome: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA Idade: 26 E. Civil: CASADA							
Endereço: RUA FELIPE XAUD Nº 405 BAIRRO BURITIS CPF 01525518240							
Edt. R.G NÃO PORTAVA CNH --- Profissão: AUTONOMA							
Danos dos veículos							
<ul style="list-style-type: none"><li>ITEM 1 - V1 = YAMAHA/FAZER DE COR BRANCA DE PLACA NAU-2389 (DANOS: CARENAGEM, PISCA ESQUERDO, PROTEÇÃO DA DESCARGA)</li><li>ITEM 2 - V2 = VW/NOVO VOYAGE DE COR VERMELHA DE PLACAS NUJ-5729 (DANOS: PARA-CHOQUE DIANTEIRO, FAROL ESQUERDO, PLACA DIANTEIRA, CAPÔ, PARA-LAMA ESQUERDO)</li></ul>							
CARGO		ABC		LOCAL		DAT	
HISTÓRICO							
<p>Senhor coordenador,</p> <p>Acionados, via CIOPS, para o atendimento de ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado, onde entramos em contato com os envolvidos que nos relataram que o senhor Gidion Gentil Pereira (item 1) conduzia o "V1", na Av. Gal Ataíde de Teive no sentido bairro-centro, onde no cruzamento com a Rua Jose Pinheiro ocorreu a colisão com o "V2" que era conduzido pelo Senhor David Sousa Magalhães (item 2), nesta rua no sentido à Av. Mario Home de Melo, que segundo ele cruzou a avenida porque os veículos haviam parados na faixa de pedestre antes do cruzamento.</p> <p>Informo que foi acionada a viatura do SAMU para prestar auxílio medico aos condutores da motocicleta, item 1 e item 3, pois apresentavam escoriações pelo corpo e foram recolhidos ao HGR. Não foi possível o acionamento da perícia devido aos veículos serem removidos por populares do local para evitar outro acidente, pois o fluxo de trânsito estava intenso. Foi realizada a consulta das documentações onde foi constatado que o "item 1" não possui CNH ou PPD e que as medidas administrativas foram realizadas e os veículos liberados aos seus respectivos condutores em que o "V1" ficou na responsabilidade do senhor Yure Mezaque de Sousa (CNH:04467415724) entregue pelo próprio condutor. Era o que tinha a relatar.</p>							
Wandelino Satino Gimaque da Silva		41.389-5		SD/PM		CIPTUR	
		Nº		Posto/Graduação		SUOp	

POLÍCIA MILITAR - RR  
CPC-P2-P3  
CONFERE COM ORIGINAL  
DATA 20/08/19  
F. C. *[Assinatura]*  
David Amaral dos Santos  
Func. Civil PMRR  
Mat. 044005222



28/02/2019

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

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

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

1901078598	28/02/2019 08:22:03	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	5
Paciente <b>MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA</b>		Data Nascimento <b>09/01/1992</b>	Idade <b>27 A 1 M 19 D</b>	CNS	CPF	Prontuário
Tipo Doc <b>IDENTIDADE</b>	Documento <b>3567923</b>	Órgão Emissor <b>SSPRR</b>	Data Emissão <b>15/02/2007</b>	Sexo <b>F</b>	Estado Civil <b>SOLTEIRO(A) PARD</b>	Raça/Cor <b>SAO LUIZ DO ANAUÁ BRASILEIRA</b>
Mãe <b>ANTONIA DA HORA FERREIRA SILVA</b>		Pai <b>JOAQUIM SILVINO DA SILVA</b>		Naturalidade <b>- RR</b>		Nacionalidade <b>(95) 99175-6672</b>
Endereço <b>RUA - FELIPE XAUD - 405 - BURITIS - BOA VISTA - RR</b>				Contato <b>(95) 99175-6672</b>		Ocupação <b>NÃO INFORMADA</b>
Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>SAMU CAPITAL</b>	Procedimento Sol.		Registrado por: <b>MICHELE.CAVALCANTE</b>		
Queixa Principal <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 <b>15</b>		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h). <b>- VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO MOTO -</b> <b>CARRO, DA ENTADA NA URGÊNCIA TRAZIDA PELO SAMU COM</b>						
Exame Físico <b>EMOBILIZADA POR A.B.C. D: SÍMPT. DE OSCILAÇÃO</b> <b>PERÍTO NA PERNAS D.E. EM P.B. BSA EM MMIS.</b>						
Hipótese Diagnóstica <b>POLITRAUMIA</b>						
SADT - Exames Complementares <input checked="" 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 <b>1) P.P. ZONA 2g 60g 3x1</b> <b>2) TOLATIL 40g 3x1</b>				APRAZAMENTO <b>OK</b> <b>NHP</b>		OBSERVAÇÃO
Condição <input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <b>UPTO P.P. 12</b> Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____						
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica ____/____/____						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico <b>Dr. Fernando André Martins Ferreira</b> <b>Cirurgião Oncológico de</b> <b>Cabeça e Pescoço</b> <b>CRM-RR: 1943</b>		
Impresso por: <b>michele.cavalcante</b> Data Hora: <b>28/02/2019 08:22:46</b>						

11 SET. 2019

Ortopedia Dr. Anacleto  
Paciente, vítima de trauma contuso PE(E)  
nos acidente moto x Camião S.I.C  
EF dor PE(E)  
Radiografia, fratura Estalage humeral PE(E)  
H.O. fratura S.O.P.A. (E)  
L.O. anelagem + manuseio + Placa

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 185117



11 SET. 2019



[illegible][illegible]

11 SET. 2019





11 SET. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG CLASSORAF  
114807 SSP RR

CPF  
363.051.51-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
ACC  
CATHAB  
AB

Nº REGISTRO  
01.019.2304

VALIDADE  
29/01/2020

Nº HABILITAÇÃO  
15/12/1999

ON-SERVAÇÃO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - ROFAIMA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

92485240616  
RR207968020

ASSOLINO KUBITSCHIK PEREIRA  
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (ROFAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR  
980151096

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190527953 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 07/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.(P.3)  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:	Maria de Jesus Pereira Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	3567923 SSP/R
ENDEREÇO:	Rua: Filipe Xaud, nº 405, Curitiba

### OUTORGADO

NOME:	Ileir Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.804 SSP/R
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão nº 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: 28 / 02 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Maria de Jesus Pereira Silva.

Boa Vista - RR, 23/08/2019

LOCAL E DATA

Maria de Jesus Pereira Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

11 SET. 2019



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315591/19

**Vítima:** MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

**CPF:** 015.255.182-40

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 28/02/2019

**Titular do CPF:** MARIA DE JESUS  
FERREIRA SILVA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
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

#### MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA : 015.255.182-40

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2019  
Nome: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA  
CPF: 015.255.182-40

MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

