

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:
2956456520210120175137

Processo 0800576-79.2021.8.23.0010 ☆ - (8 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

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
[-] 6	20/01/2021 17:51:37	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
6.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2779933CONTESTACAO01.pdf Público
6.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2779933CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
5	12/01/2021 14:05:31	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	12/01/2021 14:05:31	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	12/01/2021 14:05:31	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
		Registro de Distribuição	
2	12/01/2021 14:05:31	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
		2ª Vara Cível	
[+] 1	12/01/2021 14:05:31	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	MARLON TAVARES DANTAS 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, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200308615

Vítima: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

Data do Acidente: 19/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16074890



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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200308615

Vítima: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

Data do Acidente: 19/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16088775

Pag. 01597/01598 - carta_07 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 532.089.602-63 4 - Nome completo da vítima: Lucas Nader Monteiro de Carvalho

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

5 - Nome completo: Lucas Nader Monteiro de Carvalho 6 - CPF: 532.089.602-63
7 - Profissão: Agente de viagem 8 - Endereço: Rua Capella 9 - Número: 1160 10 - Complemento: 82-79 PR. 104
11 - Bairro: Cidade satélite 12 - Cidade: Belo Visto 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 69.317-492
15 - E-mail: luizboavista.pendencia@igmail.com 16 - Tel(DDD): (15) 99117-5392

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0522 3 CONTA: 42426 9 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 requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (volnascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprimatura digital ou rubrica do beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Belo Visto - RJ 27 de Agosto 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 9168-7209

Ocorrência Nº: 9350/2020 - Registrado em: 21/08/2020 às 10h 21min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 19/06/2020 às 20h 25min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO

Bairro: CARANA

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: 0000

CEP:

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO(24), nascido(a) em 25/01/1996, sexo MASCULINO, solteiro(a), CPF Nº 532.089.602-63, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de DIANE SEBASTIANA MOTA DA CUNHA e , endereço: RUA CAPELLA, cep: 69317-492, Nº: 1160, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, Telefone: .

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA DE PLACA NUI-1286 E CHASSI 9C6DG2560K0009456, NA AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO BAIRRO CARANA, DEBAIXO DE UMA FORTE CHUVA, NO INTUITO DE NÃO MOLHAR PERTENCES IMPORTANTES QUE ESTAVAM EM SUA MOCHILA, O MESMO ATRAVESSOU O SINAL QUE ESTAVA FECHANDO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CARRO QUE VINHA SENTIDO CONTRARIO ONDE ATINGIU SUA MOTOCICLETA E OCASIONOU O ACIDENTE. A VITIMA FOI ATENDIDA PELO O CORPO DE BOMBEIRO E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA. E O RELATO.

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

RONALDO LUIZ DE SOUZA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: SIAFI 710354
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO
COMUNICANTE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

532.089.602-63 Lucas Nader Monteiro de Carvalho

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

5 - Nome completo:

Lucas Nader Monteiro de Carvalho

6 - CPF:

332.089.602-63

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Agente de viagem, Rua Capella

Bairro: Cidade satélite

12 - Cidade: Belo Horizonte

13 - Estado: RJ

14 - CEP:

69.317-492

15 - E-mail:

lucasmonteiro.pendencia@igmail.com

16 - Tel(DDD):

(51) 99117-5392

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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0522

3

CONTA:

42426

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (volnascor)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34 - Imprimatura digital ou rubrica do beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Belo Horizonte - RJ 27 de Agosto 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

07/07/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 06/2020 referente a UC: 1119508



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: 5367739

DIANE SEBASTIANA MOTA DA CUNHA

R. CAPELLA, 1160, BL A9 AP 204

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1119508	MÊS 06/2020	PERÍODO DE CONSUMO 12-MAY-20 a 12-JUN-20
CONSUMO (kWh) 145	VENCIMENTO 16-JUL-20	TOTAL A PAGAR R\$ 336,01

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1119508	MÊS 06/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 336,01
-------------------------	----------------	-----------------------------

836400000037.360100750007.000000001115.950806200057





CAERR
CNPJ: 02.974.009/11-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIR JONES, 279 - SÃO PEDRO - CEP: 13.266-610



CAERR
0800 280 9520

Metriculac: **1317466**

Maio/2020

Dados do Cliente:
FRANCISCO BEZERRA DA SILVA

Endereço para entrega:
AV GENERAL ATAÍDE TEIXEIRA, 02748 - 82 - LI
BERNARDE BOA VISTA RR 69309-000

Inscrição	Rota	Seq. Rota	Quantidade de Economias
001.011.045.0074.001	9	5728	1
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
A18C020564	11/11/2018	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 80	83	3	31
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 17/04/2020	18/05/2020		

ULTIMOS CONSUMOS

202004	2-0
202003	2-0
202002	2-0
202001	3-0
201912	4-0
201911	3-0
MEDIA	2

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 - 2005 Q.M					
ANÁLISES	CLORO	TURBIDEZ	COR	C. TOTAIS	E. COLI
EXISTIDAS	100	100	100	100	100
ANÁLISES	196	196	196	196	196
CONFORMES	196	196	196	196	196

DESCRICAÇÃO

AGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

ESGOTO

TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 05/2020

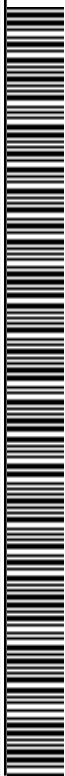
CONSUMO TOTAL(R\$)

3 M3

50,10

40,03

IMPRESSO EM 18-05-2020 10:57:14





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/BIBLIOTECASWEB/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 Denilze Correia Dantas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152,00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Lucas Mota Monteiro de Carvalho Inscrito (a) no CPF sob o Nº 332.089.602,63

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Lucas Mota Monteiro de Carvalho

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 332.089.602,63 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: Av. General Ataíde Teive

Bairro: Liberdade

Cidade: Boa Vista

Número: 2748

Complemento: 02

Estado: RR

CEP: 69.309.000

E-mail: luderboavista.pendencia@hotmail.com

Tel. (DDD): (95) 99117-5392

Local e Data: Boa Vista - RR 27 de Agosto 2020

Denilze Correia Dantas
Assinatura do Declarante

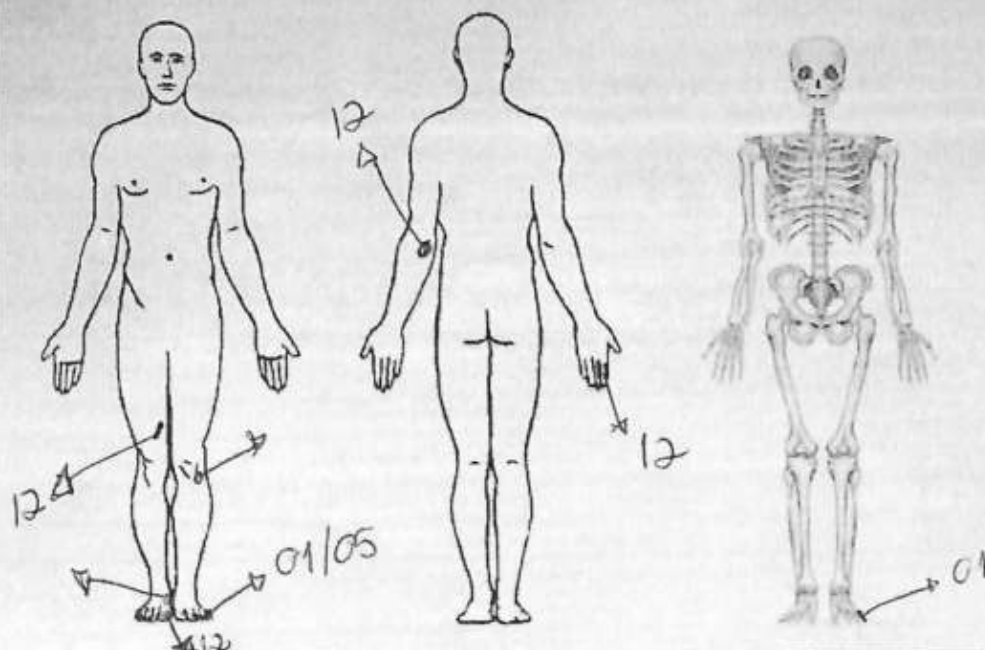
ESTADO DE RORAIMA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR COMANDO OPERACIONAL RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR				Nº DE AVISO:	2496-20	
				Nº DE VÍTIMAS:	01	
				OCORRÊNCIA:	T-04	
				DATA:	19/06/2020	
OBM DE ATUAÇÃO		ÁREA DE ATUAÇÃO		VTR	KMI	KMF
☐ 1º BPABM ☒ 1º PEL ☐ 2º PEL ☐ 2º BPABM ☐ 1ª CIA ☐ 2ª CIA ☐ 3ª CIA		☒ Leste ☐ Oeste ☐ Centro ☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural		UR 02-18	46.273	46.286
H/SAÍDA	H/NO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	NO DESTINO	H/NA OBM OU B-01		
20:25	20:30	20:53	21:00	21:22		
1. DADOS DA OCORRÊNCIA						
CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA: _____						
ENDEREÇO: <u>Av. Carlos Pereira de Melo</u> Nº _____ BAIRRO: <u>Laranjeira</u>						
CIDADE: <u>Rio Vista</u> PONTO DE REFERÊNCIA: _____						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO: _____						
2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA						
NOME: <u>Lucas Mota Monteiro de Carvalho</u> RG/CPF: <u>316250-8</u>						
D.N.: <u>25/01/96</u> IDADE: <u>24</u> SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino PNS: ☐ Sim ☒ Não						
ENDEREÇO: <u>Rua Capela</u> Nº <u>1160</u> BAIRRO: <u>Satélite</u>						
CIDADE: <u>Rio Vista</u> NACIONALIDADE: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro. TEL.: <u>99171-2598</u>						
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não Se sim, qual: _____						
Deseja informar sua orientação sexual? ☒ Sim ☐ Não Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Homossexual ☐ Outro: _____						
Deseja informar identidade de gênero? ☒ Sim ☐ Não Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual ☐ Travesti ☐ Outro: _____						
3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO						
☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.						
☐ O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.						
Assinatura do paciente/vítima _____ RG Nº _____ SSP/ _____						
Testemunha _____ RG Nº _____ SSP/ _____						
Testemunha _____ RG Nº _____ SSP/ _____						
4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)						
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total			
☒ 4 Espontânea ☐ 3 À voz ☐ 2 A dor ☐ 1 Nenhuma	☒ 5 Orientado ☐ 4 Confuso ☐ 3 Palavras inapropriadas ☐ 2 Sons incomp / Gemidos ☐ 1 Nenhuma	☒ 6 Obedece aos comandos verbais ☐ 5 Localiza e tenta remover o estímulo doloroso ☐ 4 Reage a dor ☐ 3 Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2 Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1 Nenhuma	<u>15</u> Pontos			
5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)						
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total			
☐ 4 Espontânea ☐ 3 À voz ☐ 2 A dor ☐ 1 Nenhuma	☐ 5 Palavras/sorriso/olhar acompanha ☐ 4 Choro, mas que pode ser confortado ☐ 3 Irritabilidade persistente ☐ 2 Agitação ☐ 1 Nenhuma	☐ 6 Movimenta os 4 membros ☐ 5 Localiza e retira o estímulo doloroso ☐ 4 Sente dor, mas não retira ☐ 3 Flexão a dor (Decorticação) ☐ 2 Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1 Nenhuma	____ Pontos			
6. SINAIS VITAIS						
PA: <u>14/9</u>	FR: <u>—</u>	FC: <u>70 bpm</u>	SpO2: <u>99%</u>	Temperatura: <u>—</u>		
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA						
ALERGIA: ☒ SIM ☐ NÃO QUAL (is): <u>milho, amendoim, melão</u>						
USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is): _____						
APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☐ SIM ☒ NÃO						

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE RORAIMA
COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR
NÚCLEO DE ESTATÍSTICA
AUTENTICAÇÃO
ESTA CÓPIA É FIEL REPRODUÇÃO DO ORIGINAL
BOA VISTA-RR, 15/06/2020
Assinatura: [Assinatura]
Digitalizado com CamScanner

8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☒ Óbito evidente ☒ PCR ☒ Vítima encarcerada ☒ Vítima ejetada ☒ Capotamento

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:



Legenda:

- 01- Fratura
- 02- Luxação
- 03- Entorse
- 04- Ferimento incisivo
- 05- Ferimento Lacerante
- 06- Ferimento Corto-contuso
- 07- Ferimento perfurante
- 08- Ferimento penetrante
- 09- Amputação
- 10- Avulsão
- 11- Contusão
- 12- Escoriações
- 13- Queimaduras

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Vítima deambulando, LOTE, queixando-se de dor no pé direito, apresentando fratura exposta e ferimento lacerante no dedo mínimo do pé direito.

Em tempo: reflete o local da dor, a fratura e o ferimento lacerante que se localizavam no pé esquerdo e dedo mínimo do pé esquerdo.

Foi realizado ferimento compressivo e imobilização, bem como a remoção da vítima para cuidados médicos.

11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

☐ Carteira de identidade ☐ Cartão magnético ☐ Und ☐ Capacete ☐ Outros: _____
☐ CNH ☐ Cheque ☐ Fls ☐ Calçado ☐ _____
☐ CPF ☐ Dinheiro RS ☐ Óculos ☐ _____
☐ Título de eleitor ☐ Jóias ☐ Relógio ☐ _____

Aos cuidados de _____ RG _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

☒ P.S Francisco Elesbão ☐ Hosp. da Criança Santo Antonio ☐ Hosp. das Clínicas
☐ P A Ailton Rocha ☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré ☐ Outros: _____
☐ Pronto Atendimento Cosme e Silva ☐ Hosp. Unimed

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe	Socorrista(s)	Condutor da VTR	Resp. pelo preenchimento
Sgt Amanda	Sd Lúcia Filho	Sd Luciano	Sgt Amanda

15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura: _____
Documento de identidade: _____
Registro de conselho (CRM, COREN): _____

CORPO DE POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMPANHIA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

NÚCLEO DE ESTATÍSTICA
AUTENTICAÇÃO

ESTA CÓPIA É FIEL REPRODUÇÃO DO ORIGINAL.

BOA VISTA-RR, 25/06/2020

Assinatura: _____

Digitalizado com CamScanner

19/06/2020

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

2001250921	19/06/2020 20:21:31	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	9
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO	25/01/1996	24 A 4 M 25 D		53208960263	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
				M	SOLTEIRO (APARDA)
Mãe	Endereço		Contato		
DIANE SEBASTIANA MOTA DA CUNHA	RUA - NAO SOUBE INFORMAR A RUA - SN - CAMBARA - BOA VISTA - RR		(95) 99169-8880		
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		CLAUDECI.RODRIGUES		
Queixa Principal					
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem			GSC	TOTAL	
			AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA: h)					
Paciente vítima de acidente de moto					
c/ trauma em pernas (T)					
Exame Físico					
C/OT					
Hipótese Diagnóstica					
SADT - Exames Complementares					
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Otiltony		C/OT			
Dr. Marcos					
Condução					
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório					
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)					
☐ Alta a Revelia ☐ Internação					
☒ Transferência para: Intensiva					
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: claudeci.rodrigues			2001250921		
Data Hora: 19/06/2020 21:05:51					



19/06/20

Ortopedia - Dr. Fausto

Paciente relatando acidente de moto
apresentando fx/LX de 5º dedo pe (E)

Q: LMC com sol 0,9%

+ fixação com fio 1,0

+ ATB. + Analgesia

+ retorno ambulatorial

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2022

00:06:12 - Em atendimento

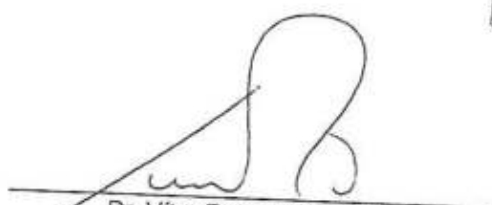


RECEITUÁRIO

Paciente: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO
Idade: 24 anos, 5 meses
Data: quinta-feira, 25 de junho de 2020

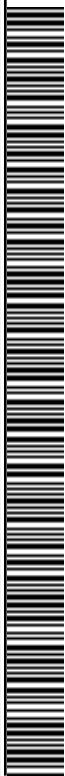
LAUDO MÉDICO

VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO PÉ ESQUERDO + MULTIPLAS ESCORIAÇÕES EM 19/06/2020 REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA EMERGÊNCIA, COM LIMPEZA MECÂNICO CIRURGICO EXAUSTIVA + FIXAÇÃO ÓSSEA COM FIO DE KICHNER.
NO MOMENTO IMPOSSIBILITADO DE EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS.
O MESMO DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DO SERVIÇO INICIALMENTE POR 30 DIAS A CONTAR DA DATA DO ACIDENTE .
A DISPOSIÇÃO,
CID: S92.3



Dr. Vitor Paracat Santiago
CRM: 1635-RR

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610





OAE

23-06-2020

136,0 %

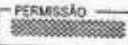


LUCAS MOTA MONTEIRO,
25-01-1996

23-06-2020

136,0 %



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME DENILZE CORREA DANTAS		
	DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR/UF 3142655 SSP RR	
	CPF 792.657.152-00	DATA NASCIMENTO 08/03/1979
	FILIAÇÃO JOSE DE SOUZA CORREA EVANGELINA LOBATO DA SILVA	
	PERMISSÃO 	ACC 
Nº REGISTRO	VALIDADE	1ª HABILITAÇÃO 31/05/2010
OBSERVAÇÕES		
 ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL BOA VISTA, RR	DATA DE EMISSÃO 11/09/2019	
 IGO GOMES BRASIL DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR ASSINATURA DO EMISSOR		03912250616 RR210269685
RORAIMA		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1919590155



PROIBIDO PLASTIFICAR
1919590155



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RR

NOME
LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

DOC. IDENTIDADE / ORD. EMISSOR/UF
3162508 SESP RR

CPF
532.089.602-63

DATA NASCIMENTO
25/01/1996

FUNÇÃO
REVERTON MONTEIRO DE CARVALHO
DIANE SEBASTIANA MOTA DA COSTA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
ACC

CAT. HAB.
AB

IP REGISTRO
07352552681

VALIDADE
15/10/2020

1ª HABILITAÇÃO
16/10/2019

OBSERVAÇÕES
XAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
16/10/2019

ISSO GOMES BARCEL
DIRETOR PRESIDENTE
DETTRAN-RR
ASSINATURA DO EMISSOR

60443067380
RR209906189

RORAIMA

DETRAN-RR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1921866201

PROIBIDO PLASTIFICAR
1921866201

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200308615 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO **Data do acidente:** 19/06/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO. P 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER). P 6
VÍTIMA EM TRATAMENTO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SINISTRO EM 19/06/2020
DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM
PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE
NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS
SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES
SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM
CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR
ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

DADOS DO SINISTRO

Natureza: Invalidez Permanente

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

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: Lucas Victor Monteiro de Carvalho
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: Dono de empresa CPF: 532.069.602-63
ENDEREÇO: Rua Capote 1560 al. 14 Pr. 104
VÍTIMA: Lucas Victor Monteiro de Carvalho
CPF: 532.069.602-63 DATA DO ACIDENTE: 19/06/2020
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: DENILZE CORREA DANTAS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
PROFISSÃO: EMPRESÁRIA RG: 3142655 SSP/RR CPF: 792.657.152-00
ENDEREÇO: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

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, 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 26 de Agosto 2020

X Lucas Victor Monteiro de Carvalho
Assinatura

Obs. - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242331/20

Vítima: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

CPF: 532.089.602-63

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 19/06/2020

Titular do CPF: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO : 532.089.602-63

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: 27/08/2020
Nome: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO
CPF: 532.089.602-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

MANOEL COELHO NETO