



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, 01 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190577703**

**Vítima: JOELSON CASTRO SALES**

**Data do Acidente: 20/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOELSON CASTRO SALES**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

**Recebedor: JOELSON CASTRO SALES**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 104**

**Agência: 000003906**

**Conta: 000009033-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PROCURAÇÃO

Eu, Joelson Castro Sales, brasileiro (a), solteiro, Serviços Gerais, portador (a) do RG nº 205703, inscrito (a) no CPF sob o nº 814.690.803-06, residente e domiciliado (a) na RUA 5-38, nº 171, Bairro SENADOR MILENIO CUNHA, Boa Vista-RR, CEP 69316625, telefone nº (95) 99175-3852, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida *Sabá Cunha*, nº 1479, *Jardim Caranã*, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos prante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para propor ação judicial de cobrança de Seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 13 de novembro de 2019.

X joelson castro sales  
**OUTORGANTE**





ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
4ª DELEGACIA DE POLÍCIA DISTRITAL  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA – OFF LINE

BOLETIM Nº	2990/2019
DATA:	05/06/2019
HORA DO REGISTRO	16h38min.

DELEGADO	Douglas Gabriel da Cruz		
ATENDENTE	Carlos Ernanes Benevenuto Miranda		
LOCAL DA OCORRÊNCIA		DATA	HORA DO FATO
Rua Laura Pinheiro Maia, em frente ao número 717 – Senador Hélio Campos.		20.02.2019	17h40min.

**Dados da Infração**

Cód. Infração	Infração	Qualificação
	Acidente de trânsito sem vítima fatal	

**Dados do Comunicante/Vítima**

NOME	Joelson Castro Sales	CPF	814.690.802-06	RG	205703 SSPRR
DATA NASC.		IDADE	34 anos	SEXO	Masculino
PAI				MÃE	Darquea Jeane Castro Sales
ESCOL.		NAT.	Boa Vista – RR	NAC.	Brasileira
TEL.	99175 3852	ESTADO CIVIL	Solteiro	PROFISSÃO	Pedreiro
ENDEREÇO	Rua S – 38, 171 – Senador Hélio Campos.				

**Suposto Infrator**

NOME		CPF		RG	
DATA NASC.		IDADE		SEXO	
PAI				MÃE	
ESCOL.		NAT.		NAC.	
TEL.		ESTADO CIVIL		PROFISSÃO	
ENDEREÇO					

**Objetos Envolvidos**

Item	Qtd.	Descrição
01	01	Motocicleta Honda/CG 160 Fan ESD, cor preta, placa NAP 8817, chassi final 7803.

**HISTÓRICO**

O(A) comunicante acima qualificado(a) compareceu a esta unidade de polícia distrital para relatar acidente de trânsito envolvendo o seu veículo e um reboque que era puxado por outra motocicleta, da qual o comunicante não conseguiu anotar o número da placa. Informa que ao cruzar com a outra motocicleta, foi surpreendido pelo impacto do reboque vindo de encontro ao comunicante, que foi ao chão com várias fraturas e escoriações. Informa que uma viatura da Polícia Militar esteve no local, juntamente com uma viatura do SAMU, que conduziram o comunicante para o Pronto Socorro do Hospital Geral de Roraima. Diante dos fatos ora apresentados, pede providências à autoridade competente. É o relato sucinto.

O comunicante confere, assina e recebe uma via do presente boletim de ocorrência.



ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
4<sup>a</sup> DELEGACIA DE PÓLICIA DISTRITAL  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

**Carlos Ernanes Benevenuto Miranda**  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000447

**Joelson Castro Sales**  
Comunicante

DATA	02\06\2016	DATA	02\06\2016
DATA	02\06\2016	DATA	02\06\2016
DATA	02\06\2016	DATA	02\06\2016
DATA	02\06\2016	DATA	02\06\2016
DATA	02\06\2016	DATA	02\06\2016

04/02/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

...: Guia de Atendimento 17 ...

Visto 01/03/19

Miles

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.:

1901075678		20/02/2019 19:31:30		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19- 7	
Paciente	JOELSON CASTRO SALES	Data Nascimento	10/10/1984	Idade	34 A 4 M 10 D	CNS	700808466373184	CPF 81469080206	Prontuário
Sexo	M	Estado Civil		Raça/Cor	PARDA	Naturalidade	NACIONAL		
Documentos	IDENTIDADE 205703	Órgão Emissor	SESP/RR	Pai	NI	Contato	(95) 99175-3852		
Mãe	DARQUEA JEANE CASTRO SALES	Ocupação NÃO INFORMADA							
Endereço RUA - S-38 - 154 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco	Plano Convênio	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº 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		Procedimento Sol.		Registrado por: ALEXANDRO.PEREIRA			
Queixa Principal	SAMU CAPITAL								
<p><i>Queixa de moto.</i></p> <p><i>apresente escoriação na região</i></p> <p><i>anterior do abdome, lucido e orientado</i></p> <p><i>estável tempo de 1 mês.</i></p> <p><i>queixa de dor no joelho e perna, (E)</i></p>									
Anamnese de Enfermagem					GSC		TOTAL		
<p><i>apresente escoriação na região</i></p> <p><i>anterior do abdome, lucido e orientado</i></p> <p><i>estável tempo de 1 mês.</i></p> <p><i>queixa de dor no joelho e perna, (E)</i></p>					AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)									
<p><i>anterior do abdome, lucido e orientado</i></p> <p><i>estável tempo de 1 mês.</i></p> <p><i>queixa de dor no joelho e perna, (E)</i></p>									
Exame Físico									
<p><i>queixa de dor no joelho e perna, (E)</i></p>									
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares									
<p><input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:</p>									
PRESCRIÇÃO					APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
<p><i>1. Rx pano (E)</i></p> <p><i>2. Tendinite no joelho (IV)</i></p> <p><i>3. Dorsívolo direito (IV)</i></p> <p><i>Dr. Marcos Felipe Diniz</i> Médico COMIRR 1859</p>									
<p><i>21/02/2019</i></p> <p><i>21/02/2019</i></p> <p><i>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</i> Av. M.B. Andrade, 3308 - Centro Novo Páramo - Tel. (95) 3212-2020</p> <p><i>AUTENTICAÇÃO</i></p> <p><i>Certifico e Declaro que a documentação original</i> cópia e fiel reprodução original que foi apresentada na Hospital Geral de Roraima</p>									
Conduta									
<p><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica  <input type="checkbox"/> Alta a Pedido  <input type="checkbox"/> Alta a Revelia  <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Outro dia</i></p>					<p><input type="checkbox"/> Ambulatório  <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)  <input type="checkbox"/> Internação</p> <p>Data e Hora da Saida/Alta: / / : :</p>				
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

Impresso por: alexsandro.pereira  
Data Hora: 20/02/2019 19:33:47

Software  
SOTECN - Soluções em Tecnologia  
Sist. - Intell. - Infraestr. em Saúde  
v1.4 - 2017 - 01.02.20



Pacote apresentado  
no júri  
digo teria em posse  
com uso de fio e  
instrumento de fios  
nulos. Foi feito de  
fio e para definir fio  
com fio de fios.  
Para uso de qualid  
Poderá: organizar a  
informação de  
0,5ml em agor  
após medicar o cito  
Círculo:

Pablo Cardoso Etizanetha Júnior  
Médico CRM 7908

GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteomísejo (F) - Fratura Exposta.

Data: 20/02/19

Nº DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Joelson Castro Sales

Idade: 34

Bloco: Enfermaria Leito:

Caixa:

Circulante: Raimundo Norma

Conferência Exپrto: CME:

Material Utilizado:

01 Fixador Externo 300 mm

Lote: 090268 Código: F08 8 208  
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX  
TIBIA/FÉMUR T 300 - ESTERIL

Fabric.: 25/09/2017 Val.: 09/2022  
Registro ANVISA Nº: 80083650031  
Material: Aço Inox / Alumínio

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP  
Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartori.ind.br

Lote: 089663 Código: AF35 8 680  
INO INTRAMEDULAR ÓSSEO - RX CX 4,5 X 200 X T

Fabric.: 15/09/2017 Val.: 09/2022  
Registro ANVISA Nº: 80083650026  
Material: Aço Inox F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP  
Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartori.ind.br

1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME

Dr. Marcus Brunner  
Médico Presidente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 19477/PR

69.316 - 625

228- 31502

**CAERR**

ATENDIMENTO  
CAERR  
0800 280 9520  
www.caer.com.br

CNPJ: 05.359.467/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.306-610

Matricula: 923524 Agosto/2019

Dados do Cliente:  
RONILBA CARVALHO SILVA  
Endereço para entrega:  
RUA TORONH CORREA DA COSTA, NUM. 157 - S  
ENADOR HEILIN CAMPOS BOA VISTA RR 69316-6

Inscrição	Rota	Seq Rota	Quantidade de Economias		
001.028.186.0246.000	39	1230	RESIDENCIAL		
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto		
NÃO MEDIDO		LIGADO	POTENCIAL		
LEITURA FAT.	10	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA INF.					0
DT. LEITURA					

ULTIMOS CONSUMOS

	Q. Litros de Água Distribuída ao Consumidor
201907	10-0
201906	10-0
201905	10-0
201904	10-0
201903	10-0
201902	10-0
MEDIA	10

INFORMAÇÕES DAS AMOSTRAS REALIZADAS NA REDE DE DISTRIBUIÇÃO  
DECRETO FEDERAL N.º 5448 - 2008 G.M.

ANALISES	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALB	E.COLI
ENVIADAS	100	100	100	100	100
ANALISES	200	200	200	200	200
CONFIRMES	200	200	200	200	200

DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL (R\$)

AGUA  
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE AGUA 10 M3 23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019 0,57

VENCIMENTO: 15/09/2019 TOTAL A PAGAR 24,40

AVISO: EM 01/07/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

IMPRESSO EM: 02/08/2019 09:47:08

Via do Cliente

Via da CEF

CAERR

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
923524	08/2019	15/09/2019	24,40



## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, JOELSON CASTRO SALES, brasileiro  
(a), SOLTEIRO, SERVICOS Gerais, portador (a) do RG nº  
205703, inscrito (a) no CPF sob o nº 814.690.808-06, residente e  
domiciliado (a) na RUA S-38, nº 121, Bairro  
HÁCIO CAMPOS, Boa Vista-RR, CEP 69316635, telefone  
nº (95) 99175-3852, DECLARA não ter condições de arcar com  
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo  
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.  
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na  
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 13 de NOVEMBRO de 2019.

Joelson Castro Sales  
DECLARANTE



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Fernando de oliveira Araujo

RG nº 554.750-4 data de expedição 07/08/2018

Órgão SSP/RR portador do CPF nº 404.649.112-49

com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Luiz Reis Cristo, nº 760

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Joelson castro sales, cujo o condutor era Joelson castro sales

Veículo: PAS/MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG FAN ESD Ano: 2016 - 2016

Placa: NAD 8817 Chassi: 9C2K220068067803

Data do Acidente: 20/02/2019

Local e Data: BOA VISTA / RR 10/06/2019

Assinatura do Declarante

Fernando de oliveira Araujo

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



