



Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Editora, informe
este número.

ORIGINAL COPY

0131603-6

Elisabete D. Rodrigues-Ferreira
R. Capelin 1 - Curitiba - PR - Caixa Postal 4002-960/19
(41) 32 35 41 e-mail: eferreira@fzgs.com.br
e-mail: eferreira@fzgs.com.br

CONTRACT	PERCENTAGE	307	466.51
CONTRACT 10000	16/03/2000	307	466.51

FULLTIME EMPLOYED
R. ARMBROG, JR.
CPT: 0006790417
EXP: 00-18-764 100-1116

ATKINS POCH
DOI: 10-11-76 100-1116

Accession Number	Accession Date	Accession Number	Accession Date
1-314	09/01/2019	1-314	09/01/2019
1-315	09/03/2019	1-315	09/03/2019
1-316	05/02/2019	1-316	05/02/2019
1-317	06/02/2019	1-317	06/02/2019

Control, untreated	NORMAL	76
--------------------	--------	----

NORMAL

[illegible]

RESULTS AND DISCUSSION

POLYMER LETTERS

JAN. 10 4:1

[illegible]

OUT/18	45	390	21,92
SET/18	45	390	21,92

AG0/18	35%	11/11/18	MO	POULP	PO
JUL/18	293				
JUL/18	208				

JUN 18 1961
MAY 18 1961
APR 18 1961

ADIC TO
7-94
TODAY 380
10-11-94

Figure 1 is a line graph showing the percentage of total energy expenditure (TEE) for different activities over a 24-hour period. The Y-axis is 'Percentage of TEE' (0-100) and the X-axis is 'Time of Day' (0-24). The activities and their approximate percentages are:

Time of Day	Sleeping (%)	Resting (%)	Standing (%)	Walking (%)	Running (%)
0	80	10	5	2	3
4	80	10	5	2	3
8	70	15	10	3	2
12	60	20	15	4	1
16	50	25	20	5	0
20	40	30	25	6	0
24	80	10	5	2	3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

CONTRACT COMPANY: 11055 REAR 50 DEVELOPMENT

flag/Amc	after 64
04/2010	11/09
	11/09

912043

1991

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
 LIBRARY
 540 EAST 57TH STREET
 CHICAGO, ILL. 60637

POUR L'ÉTUDE DE L'ÉQUATION

CSN 1014 5-24-68 70.150 1014 4-21-68 6.4400 3.5447

RESERVAÇÃO AO FISCAL

64.94

30 OUT. 2019



Para contato
consulte este número

SEU CÓDIGO

0108915-3

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Góes, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: 003319917

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	27732	Atual	25/07/2019
Anterior	27536	Anterior	24/06/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	25/08/2019
Consumo Medido	196	Emissão	24/07/2019
Consumo Faturado	196	Apresentação	25/07/2019
FCAM			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Categoria/Subcategoria	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	238

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	Consumo		
JUN/19	158	CONSUMO	196 A R\$ 0,764602 = 149,86
MAI/19	100	ILUMINACAO PUBLICA	42,55
ABR/19	178		
MAR/19	263		
FEV/19	237		
JAN/19	231		
DEZ/18	209		
NOV/18	370		
OUT/18	345		
SET/18	246		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 196 - 0,634602			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 06/2019 Valor R\$: 164,28
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/08/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar (também) a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda a partir desta fatura a vencibilidade e as reavizações no valor de R\$ 212,96 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9E73.38C8.004F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	38,51	Base de Cálculo	149,86
Energia	81,64	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	25,47
Encargos	4,24	Valor do PIS	0,00
Tributos	25,47	Valor do COFINS	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
8,80			16,00		1,55	
FLORESTA						
ROT: 5.001.12.04.021718						
05/2019 32,81						



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Góes 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	0108915-3	TOTAL A PAGAR - R\$	192,41
MÊS FATURADO	07/2019	VENCIMENTO	11/08/2019
Nº da Nota Fiscal	003319917	FCAM	

83680000001 7 924100/5000 0 00000000108 1 91530/19008 1



24 OUT. 2019

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/BIBLIOTECABWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Elton Inacio de Souza

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

Elton Moreira Barbosa Inscrito (a) no CPF sob o Nº 546.806.412 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Elton Moreira Barbosa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 546.806.412 / 49, 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: Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buets</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail: <u>slaviva@hotmail.com</u>			Tel.(DDD): _____

Local e Data: Boa Vista-RR, 13 de outubro de 2019

Assinatura do Declarante

30 OUT. 2019



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

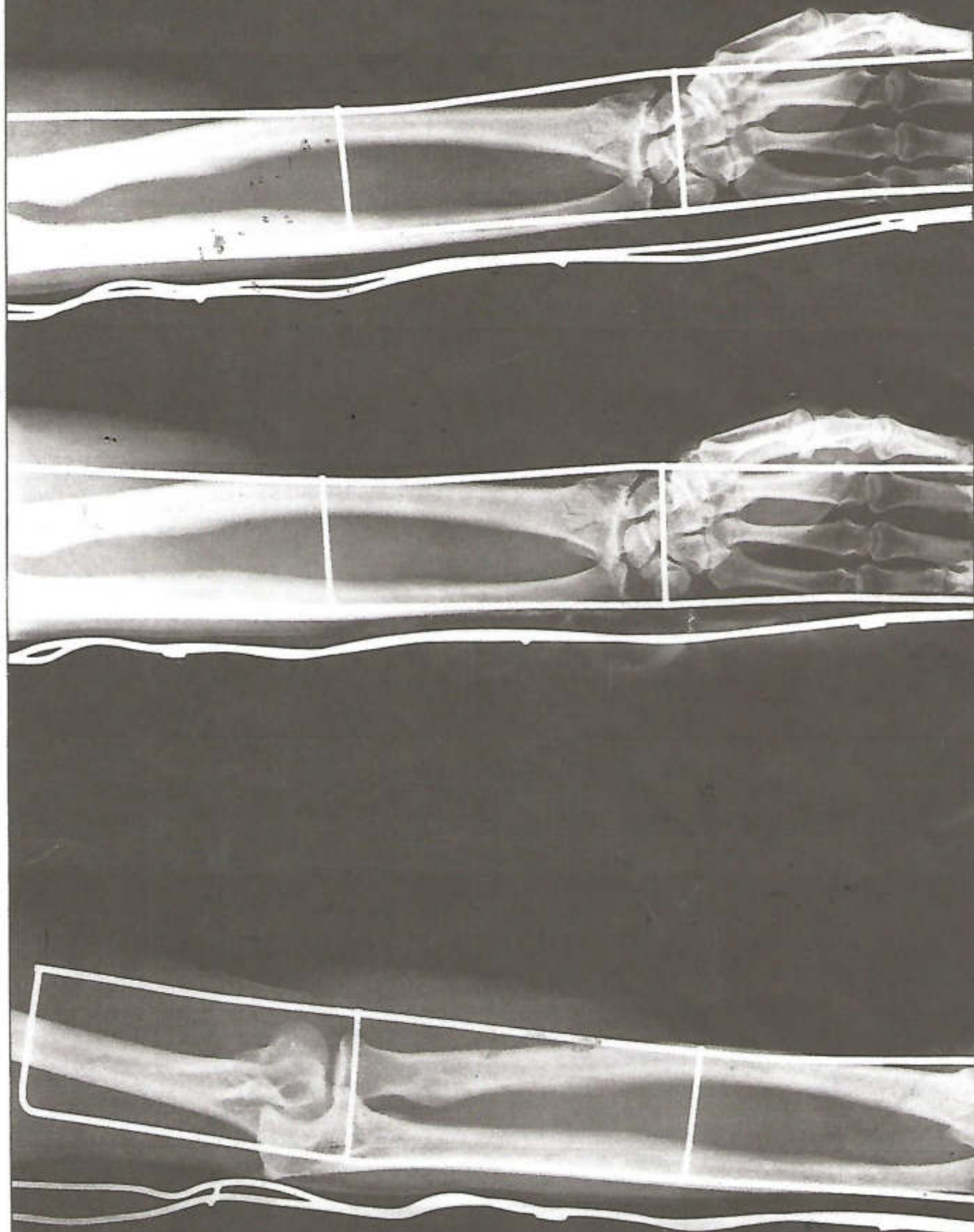
Reclassificação

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

Reclassificação

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

1901072008	12/02/2019 20:20:53	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 12	
Paciente ELTON MOREIRA BARBOSA		Data Nascimento 07/01/1978		Idade 41 A 1 M 5 D		CNS 702102799275397	
Tipo Doc IDENTIDADE 136702		Órgão Emissor SESP/RR		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(A) PARD	
Mãe GRAÇA MARIA MOREIRA BARBOSA		Pai JOSE MILTON THOME BARBOSA		Naturalidade MANAUS - AM		Contato (95) 99145-8878	
Endereço RUA - ARMENIO SANTOS - 45 - PEROLA - BOA VISTA - RR						Ocupação NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Temp. Peso Pressão	
Queixa Principal <i>de acidente de moto</i>		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL 95	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)							
<i>relato do paciente sobre o acidente de moto</i>							
Exame Físico <i>paciente consciente, sem lesões visíveis</i>							
Hipótese Diagnóstica <i>fratura de fêmur</i>							
SADT - Exames Complementares <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:							
PRESCRIÇÃO <i>Difeno 28eu</i>				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Condução <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: <i>internação</i>				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:			
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família				Carimbo e Assinatura do Médico <i>Joel Contagem</i> Médico Infectologista CRM 1562 ROE 627			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: alexsandro.pereira Data Hora: 12/02/2019 20:22:49				30 OUT. 2019			
				Barcode: 1901072008			



D

ELTON MOREIRA BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA


TR MANCELEDSON

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL


ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO CIVIL



Polegar Direito



Assinatura

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

114807

28/08/2017

ILOIR INACIO DE SOUZA

JOSÉ SOUZA DE ASSUNÇÃO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

CATANDUVAS - PR

07/04/1978

CERTD CAS AVERB DIVORCIO 576 FLS 276 LIV 8-02

SÃO LUIZ - RR

383.051.512-04

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

Primeiro Tenente da Polícia Civil

Director do DEIC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1

30 OUT. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190612735 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA **Data do acidente:** 12/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. P1(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190612735 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA **Data do acidente:** 12/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. P1(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

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

PROCURAÇÃO

30 OUT. 2019

OUTORGANTE

NOME:	ELTON MOREIRA BARBOSA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	FUNCCIONARIO PUBLICO
IDENTIDADE:	136.702 SSP RR
ENDEREÇO:	RUA: ARMINIO SANTOS 45 AIRION ROCHA

OUTORGADO

NOME:	ILIOIR INACIO DE SOUZA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AUTONOMO
IDENTIDADE:	114.807 SSP RR
ENDEREÇO:	RUA ANTONIO P. GALVAO 1832 BURITIS

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: 12 / 02 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Elton Moreira Barbosa

Boa Vista - RR, 15 de maio 2019

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379892/19

Número do Sinistro: 3190612735

Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA

CPF: 576.806.712-49

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELTON MOREIRA BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ELTON MOREIRA BARBOSA : 576.806.712-49

Autorização de pagamento

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: 09/12/2019
Nome: ELTON MOREIRA BARBOSA
CPF: 576.806.712-49

ELTON MOREIRA BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379892/19

Número do Sinistro: 3190612735

Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA

CPF: 576.806.712-49

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELTON MOREIRA BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 20/12/2019

Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA

CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019

Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190612735

Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA

Data do Acidente: 12/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELTON MOREIRA BARBOSA

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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190612735 Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA

Data do Acidente: 12/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELTON MOREIRA BARBOSA

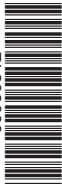
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190612735 Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA

Data do Acidente: 12/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELTON MOREIRA BARBOSA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190612735 Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA

Data do Acidente: 12/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELTON MOREIRA BARBOSA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190612735

Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA

Data do Acidente: 12/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELTON MOREIRA BARBOSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ELTON MOREIRA BARBOSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 000010061911-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 546.806.732-49 4 - Nome completo da vítima: Elton Moreira Barbosa

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

5 - Nome completo: Elton Moreira Barbosa 6 - CPF: 546.806.732-49
7 - Profissão: Funcionário Público 8 - Endereço: Rua: Armentis Santos 9 - Número: 49 10 - Complemento:
11 - Bairro: Avdon Rocha 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: elton@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (99) 99354-4282

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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0250 ☒ CONTA: 61931 ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 25/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Elton Moreira Barbosa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003424/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/02/2019 20:58 Data/Hora Fim: 12/02/2019 21:10
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 06409
Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central
Data/Hora do Fato: 12/02/2019 19:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) -
Logradouro: AV: dos Trabalhadores/Tepequem

Bairro: Dr. Airton Rocha
Nº: 1288

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ELTON MOREIRA BARBOSA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 136702

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Armênio Santos
Bairro: Airton Rocha

Nº: 45

Nome Civil: ALEXANDRE PEREIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4242890

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Tepequem
Bairro: Airton Rocha

Nº: 124

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Márcio Viana

Endereço

Município: Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003424/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O TOP PM narra o seguinte fato: Comunico-vos, que fomos acionados via CIOPS, para atendimento de ocorrência de Trânsito envolvendo duas motocicletas, e uma vítima no local, ao chegarmos no endereço acima citado encontramos a vítima o Sr. ELTON recebendo atendimento de primeiro socorros da Equipe do SAMU, e a VTR H03, no local apoiando, segundo relato da vítima que conduzia a motocicleta YAMANHA YBR FACTOR, na cor Branca de Placa NAV-1421, que trafegava na Av. Dos Trabalhadores Sentido BR, quando foi colida pela motocicleta Honda XLR 125, na cor Azul, Placa NAI-1677, conduzida pelo envolvido Sr. ALEXANDRE, que trafegava na Av. Dos Trabalhadores sentido rua Tepéquem, e ao fazer a conversão a esquerda momento em que houve a colisão. Não houve perícia no local, devido às motocicletas terem sido retiradas da via antes da chegada da Guarnição. A vítima foi removida pela Equipe do SAMU, pois se queixava de fortes dores no braço direito. As motocicletas foram liberadas no local com suas documentações em dias. O cruzamento das vias possui sinalização e placas de sinalização, e tendo como preferencial Av. Dos trabalhadores. Diante da ocorrência de trânsito apresento este ROP PM, para providências cabíveis. Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

José Roberto Costa Alencar

Agente Carcerário
Matrícula 42000674
Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar de Roraima

(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."

DAI
03 OUT. 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIR

30 OUT. 2019

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: 546.806.732-49 4 - Nome completo da vítima: Elton Moreira Barbosa

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

5 - Nome completo: Elton Moreira Barbosa 6 - CPF: 546.806.732-49
7 - Profissão: Funcionário Público 8 - Endereço: Rua: Arsenio Santos 9 - Número: 49 10 - Complemento:
11 - Bairro: Avelar Rocha 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RA 14 - CEP:
15 - E-mail: eltonm@hotmil.com 16 - Tel.(DDD): (51) 99354-4282

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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0250 ☒ CONTA: 61931
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:

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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (ou nascidos)? ☐ 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

Impressão legível da assinatura do beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELTON MOREIRA BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010061911-8

Nr. da Autenticação E783DA983C2B22E3