



CNPJ: 25.829.057/0001-15
DISTRIBUICAO ESTADUAL: 23.625.426/9
RUA MILTON JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 03308-612

ATENDIMENTO
CAE
0800 280 9520
www.caesao.com.br

Matrícula: 1170856 Abril/2020

Dados do Cliente:

MARIA ELIZANGELA DOS SANTOS ARAUJO

Inscrição

001.016.339.0114.000

Rota

13

Endereço para entrega:

RUA CHITA, NÚM. 00120 - DR. AIRTON ROCHA
BOA VISTA E2 69318-718

Hidrômetro

NÃO MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.		10	0
LEITURA INF.			
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

202000	10-0
202002	10-0
202001	10-0
201912	10-0
201911	10-0
201910	10-0
MEDIA	10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição DE-NETY FEDERAL N.º 5446 - 2005 G.M					
ANALISE	CLONO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALB	E.COLI
EXIGIDORE	100	100	100	100	100
ANALISADORE	104	104	104	104	104
CONFIRMADORE	104	104	104	104	104

DESCRICAÇÃO

AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

10 M3 23,83

IMPRESSO EM: 03/04/2020 07:46:18

VENCIMENTO:

15/05/2020

TOTAL A PAGAR

23,83

Via do Cliente

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 N°: 3386/2020 - Registrado em: 20/05/2020 às 16h 06min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 19/02/2019 às 10h 40min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ALAMEDAS DOS BAMBUS

Nº: S-N

CEP: 69309-395

Bairro: PRICUMA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: ENFRENTE A LB CONSTRUÇÕES

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

JAMILTON BARBOS DOS SANTOS(41), nascido(a) em 29/08/1978, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de PEDREIRO, CPF N° 661.497.382-72, País: BRASIL, natural de SAO GERALDO DO ARAGUAIA-PA, filho(a) de CARMELITA BARBOSA DOS SANTOS e ALBINO FERREIRA DOS SANTOS, endereço: CANTA, cep: 69318-718, N°: 120, bairro: DOUTOR AIRTON ROCHA, BOA VISTA-RR, referência: PROXIMO A UMA PRAÇA, Telefone: (95) 99138-3416.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O COMUNICANTE (VITIMA) ESTAVA TRAFEGANDO NA AVENIDA ALAMEDA DOS BAMBUS SENTIDO RODOVIA BR-174, EM SUA MOTOCICLETA YAMAHA FACTOR, PLACA NAQ-2255, QUANDO EM SUA FRENTE ESTAVA TRAFEGANDO UM CAMINHÃO BAÚ QUE DE FORMA INESPERADA FREOU BRUSCAMENTE PARA EVITAR UMA COLISÃO COM OUTRO VEICULO QUE HAVIA CRUZADO A SUA FRENTE, MELHOR SORTE NÃO TEVE O COMUNICANTE, POIS NÃO TEVE TEMPO HÁBIL PARA FREAR. TÃO POUCO DESVIAR DA TRASEIRA DO CAMINHÃO BAÚ, VINDO O COMUNICANTE A COLIDIR EM SUA TRASEIRA, LEVANDO-O AO CHÃO FRATURANDO O TORNOZELO DIREITO, EIS O RELATO.

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

ROGERIO FERREIRA DA SILVA
AGENTE DE POLICIA
MATRÍCULA: 050069788
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Jamilton Barbos dos Santos
JAMILTON BARBOS DOS SANTOS
COMUNICANTE

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, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200192964

Vítima: JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

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.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 19/02/2019, emitido pelo Dr. ROGÉRIO DIAS CRM nº 1205 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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:

661.497.382-72

4 - Nome completo da vítima:

Jamilton Barbosa dos Santos

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

5 - Nome completo:

Jamilton Barbosa dos Santos

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Rua: Canta

11 - Bairro:

Dr. Arlton Recha

12 - Cidade:

30a lista

13 - Estado:

RR

13 - Estado:

RR

6 - CPF:

661.497.382-72

9 - Número:

120

10 - Complemento:

casa

14 - CEP:

69.318-718

15 - Tel. (DDD):

(95) 98404-5363

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 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)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 6727 2

(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)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Bea Vista - RR, 27/05/2020

Jamilton Barbosa dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0150018/20

Vítima: JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

CPF: 661.497.382-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/02/2019

Titular do CPF: JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS : 661.497.382-72

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: 27/05/2020
Nome: JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS
CPF: 661.497.382-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

MANOEL COELHO NETO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Jamilton Barbosa dos Santos

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 489677-7 SSP-RR

ENDEREÇO: Rua: Canta, n°: 120, Dr. Júlio Rocha

OUTORGADO

NOME: Flávia Anácia de Souza

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807 SSP-RR

ENDEREÇO: Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Beira

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: 19/02/2019, cobertura 3 Invalidez, vitima: Jamilton Barbosa dos Santos

LOCAL E DATA

X Jamilton Barbosa dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA PÓR AUTENTICIDADE)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200192964 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO
FRATURA DO NAVICULAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(P.3)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200192964 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO
FRATURA DO NAVICULAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(P.3)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

CONTA MÊS MARÇO/2020	VENCIMENTO 11/04/2020	CONSUMO (kWh) 389	TOTAL A PAGAR (R\$) 365,12
---------------------------------------	--	------------------------------------	---

 ILOIR INACIO DE SOUZA
 R. ANTONIO GALVAO 1832 6 - BURITIS
 CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

CPF: 00038305151204

DADOS DA LEITURA (kWh)		DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual:	389	25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior:	349	21/02/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo:	39	25/02/2020	Ligação: BIFASICA
Constante de Multiplicação:	1.000	24/03/2020	Número Medidor: T01910534
Consumo medido:	389	25/03/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado:	389		Modalidade: N 1519404

DESCRÍPCAO DA CONTA		
CONSUMO	389 A R\$ 0,764425 =	297,36
CORRECAO MONETARIA DA IL (3X)		0,68
CORRECAO MONETARIA IGPM (3X)		3,47
MULTA POR ATRASO DE IL. (3X)		6,31
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)		1,08
MULTA POR ATRASO (3X)		10,36
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)		3,74
ILUMINACAO PUBLICA		42,12

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDIDAS	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 389 - R\$177,72			
Média 12 meses: 115			
MAR/19	279	ABR/19	269
MAI/19	168	JUN/19	206
JUL/19	13	AGO/19	133
SET/19	172	OUT/19	173
NOV/19	136	DEZ/19	121
JAN/20	246	FEV/20	308
MAR/20	369		

	MENSAGENS IMPORTANTES	LIGUE 0007019128 E FAÇA ORÇO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26 Parabens! Até o dia 24/03/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.
	REAVISO DE VENCIMENTO	

RESERVADO AO FISCO		674C, 73E7, 03C1, B94F, E49C, 9AB8, 5234, CB98		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	150,80	Encargos:	9,16	Base de Cálculo:	ICMS:	17,684	50,55	
Distribuição:	70,43	Tributos:	57,83		PIS:	8,33%	1,14	
Transmissão:	0,00		257,30		COFINS:	1,79%	5,34	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC	FIC	DMIC	DCRI	Mensal	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Conjunto	FLORESTA		Período de apuração:	01/03/2020	EBC:	74,44	

ROT: 5.001, 12.04, 021730	SEU CÓDIGO 0109029-1	TOTAL A PAGAR - R\$ 365,12
	MÊS FATURADO 03/2020	VENCIMENTO 11/04/2020
	Nº da Nota Fiscal: 4872055	FCAM*

 83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4


 SEQ.: 0100 UC: 0109029-1 DT. LEIT.: 25/03/2020 T. ENTR.: 04
 LEITURA: 93 NORMAL TOTAL: 365,12 CARGA: 0
 VENC.: 11/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 46

980151096

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NAME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG (TITULAR)
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04 **DATAMENTO**
07/04/1978

PLAÇA
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

**ONIRIA INACIO DE
OLIVEIRA**

PERMISSÃO **ACC** **CAT/AB**

Nº REGISTRO
01101912304 **VALIDADE**
28/01/2020 **Nº HABILITAÇÃO**
15/12/1999

COMENTÁRIOS

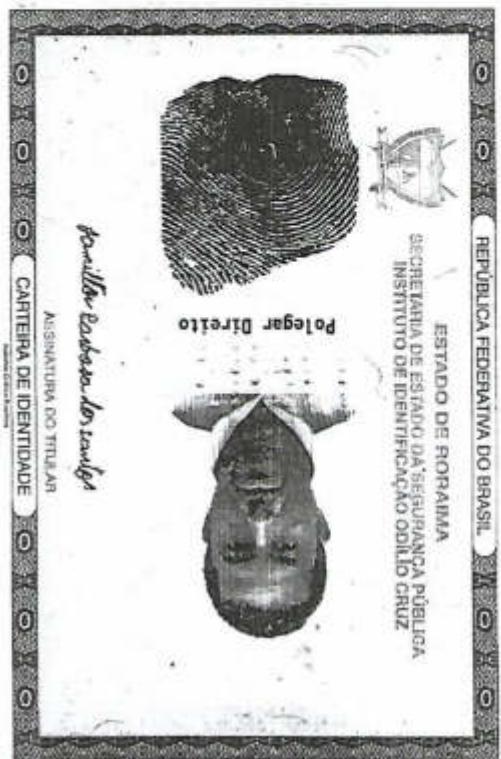


ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA **DATA DE EMISSÃO**
30/01/2015

AVOCADO FEDERATIVO-PERSONA
DR. RICARDO PRESIDENTE
INSTITUTIVA DO FEDOR

DETTRAN-RR (RORAIMA)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 489677-7

DATA DE EXPEDIÇÃO 07/02/2017

NOME JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

FILIAÇÃO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 29/08/1978

ÓDO ORIGEM

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

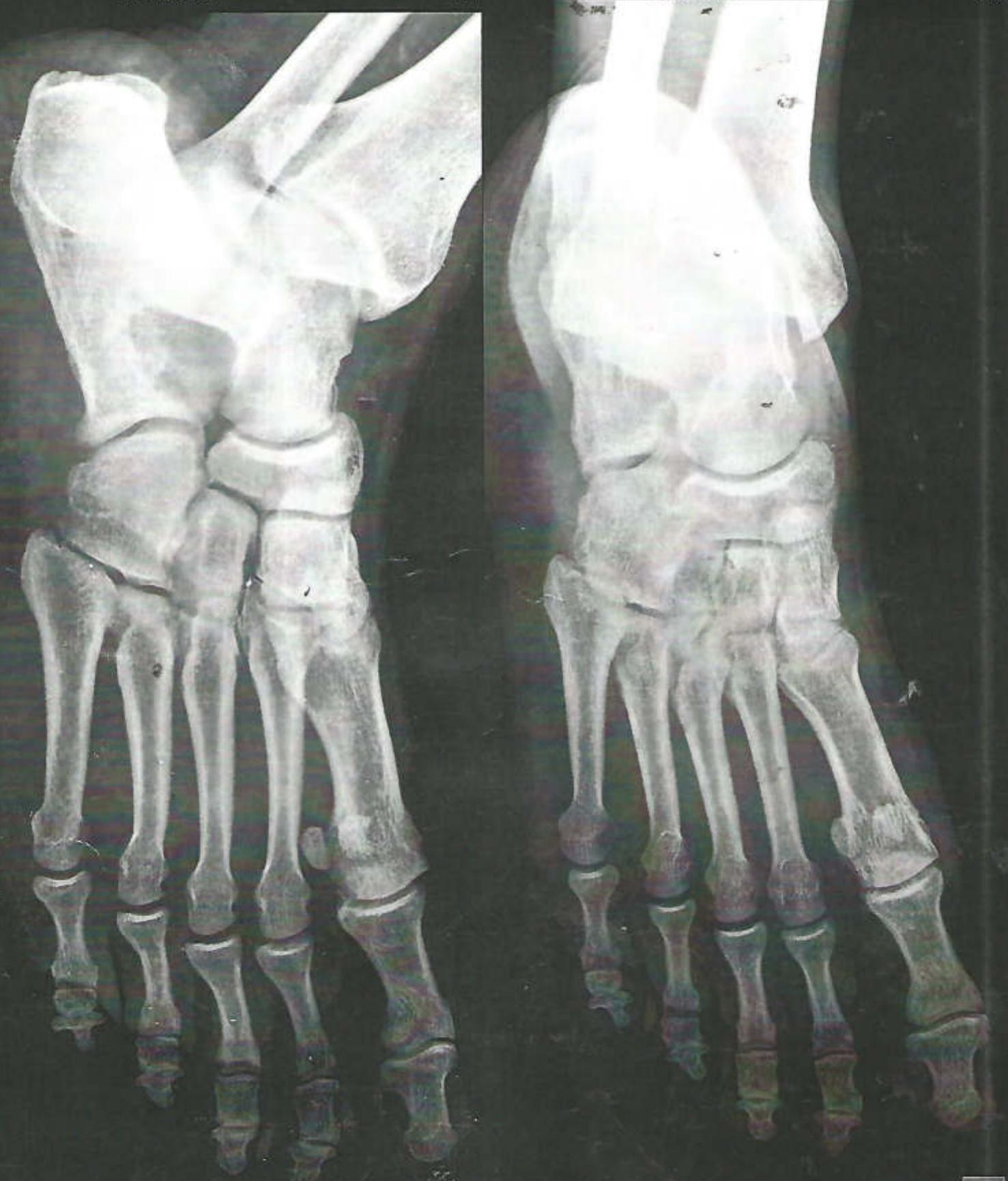
1

19/2/2019 11:44:56

81,1%

19/2/2019 11:44:56

76,1%



D



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

1º Classificação Reclassificação _____
____ Vermelho
____ Laranja
____ Amarelo
____ Verde
____ Azul Ass.:

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

- Reclassificação
- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.:

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA						DIURNO 07-19	7
1901074989	19/02/2019 10:53:29	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
Paciente		29/08/1978	40 A 5 M 21 D	898001190339805	66149738272		
JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS	Documento	Órgão Emissor	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade		
TIPO DOC: IDENTIDADE 3570167	SSP-RR	DATA EMISSÃO: 30/10/1996	SEXO: M	SOLTEIRO(A)/PARADA	SAO GERALDO DO BRASILEIRA		
Mãe			Pai		ARAGUAIA - PA		
CARMELITA BARBOSA DOS SANTOS			ALBINO FERREIRA DOS SANTOS		(95) 99134-1665		
Endereço					Ocupação		
RUA - CANTA - 120 - PEROLA - BOA VISTA - RR					NÃO INFORMADA		
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	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		Procedimento Sol.				Registrado por:
Selar	Tipo de Chegada						MICHELE.CAVALCANTE
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER						
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
ACIDENTE ACORONABILIZADO!				GSC		TOTAL	
Anamnese de Enfermagem				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Paciente veio de Belo Horizonte Sem esconderias em trauma envolviu zero dinheiro							
Exame Físico <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> HOSPITAL GERAL DE RORAIMA AV. BRIG. EZEQUIEL GOMES, S/N NOVO RENAI, 64100-000 ARAUÁ - RORAIMA </div> 7-03-2019							
Hipótese Diagnóstica TRAUMA ENVOLVIDO							
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"/> UIRINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO ① DIPIRONA 2000 mg AGORA ② UICAZIL 400mg ED AGORA ③ RX DE PÉ E TROXOZENO				APRAZAMENTO 11:05 11:05 NTF		OBSERVAÇÃO A1 Atendido o paciente Técnico em Enfermagem CRG-10007844	
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:							
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: michele.cavalcante
Data Hora: 19/02/2019 10:53:59



Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM 1205 RR / ORE-114

Tranua costero MZ ①; Lx ①,
volcando qd. Dorsidonia, pregiolento
en reposo recubio -h- "to 1x joril
pct. en varicela siccicament
deterido

* CD Encalhamento, prevaricação, retorno.
Hospital Coração nascido,

06/03/19

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista / Traumatologista
CRM 1205 RR / ORF-114

② 10 (67.)



**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/BIBLIOTECA/WEB/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 COAF⁷.

⁷ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RENSEGURO. ⁸ 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

Jamilton Barbosa dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 661.497.382 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jamilton Barbosa dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 661.497.382 / 72, 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 Lider-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: Rua Antônio Linheiro Galvão
Bairro: Buritis Cidade: Boa Vista

E-mail: IL0IRRR@HOTMAIL.COM

Número: 1832 Complemento:
Estado: RR CEP: 69.309-209
Tel.(DDD): (65)99154-4282

Local e Data: Boa Vista - RR, 27/05/2020

Assinatura do Declarante

CONTA MÊS MARÇO/2020	VENCIMENTO 11/04/2020	CONSUMO (kWh) 389	TOTAL A PAGAR (R\$) 365,12
---------------------------------------	--	------------------------------------	---

 ILOIR INACIO DE SOUZA
 R. ANTONIO GALVAO 1832 6 - BURITIS
 CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

CPF: 00038305151204

DADOS DA LEITURA (kWh)		DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual:	389	25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior:	349	21/02/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo:	39	25/02/2020	Ligação: BIFASICA
Constante de Multiplicação:	1.000	24/03/2020	Número Medidor: T01910534
Consumo medido:	389	25/03/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado:	389		Modalidade: N 1519404

DESCRÍPCAO DA CONTA		
CONSUMO	389 A R\$ 0,764425 =	297,36
CORRECAO MONETARIA DA IL (3X)		0,68
CORRECAO MONETARIA IGPM (3X)		3,47
MULTA POR ATRASO DE IL. (3X)		6,31
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)		1,08
MULTA POR ATRASO (3X)		10,36
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)		3,74
ILUMINACAO PUBLICA		42,12

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDIDAS	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 389 - R\$177,72			
Média 12 meses: 115			
MAR/19	279	ABR/19	269
MAI/19	168	JUN/19	206
JUL/19	13	AGO/19	133
SET/19	172	OUT/19	173
NOV/19	136	DEZ/19	121
JAN/20	246	FEV/20	308
MAR/20	369		


**MENSAGENS
IMPORTANTES**
**REAVISO DE
VENCIMENTO**

 LIGUE 0007019128 E FAÇA ORÇO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
 Farabens! Até o dia 24/03/2020, não constatamos faturas vencidas
 nessa Unidade Consumidora.


RESERVADO AO FISCO		674C, 73E7, 03C1, B94F, E49C, 9AB8, 5234, CB98		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	150,80	Encargos:	9,16	Base de Cálculo:	ICMS:	17,684	Alíquota:	58,55
Distribuição:	70,43	Tributos:	57,83		PIS:	8,33%		1,14
Transmissão:	0,00		257,30		COFINS:	1,79%		5,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC	FIC	DMIC	DCRI	Mensal	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Conjunto	FLORESTA			Período de apuração:	01/03/2020	0,00	74,44

ROT: 5.001, 12.04, 021730


**RORAIMA
ENERGIA**

 DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
 Av. Capitão Ene Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44
 Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0109029-1
TOTAL A PAGAR - R\$
365,12
MÊS FATURADO
03/2020
VENCIMENTO
11/04/2020

Nº da Nota Fiscal:

4872055

FCAM®

 83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4


 SEQ.: 0100 UC: 0109029-1 DT. LEIT.: 25/03/2020 T. ENTR.: 04
 LEITURA: 93 NORMAL TOTAL: 365,12 CARGA: 0
 VENC.: 11/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 46

980151096