

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:
2908712520201116151503

Processo 0828135-45.2020.8.23.0010 ☆ - (17 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):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9500 por pág.1



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, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333412

Vítima: JORGE LUIS PEREIRA HELMER

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JORGE LUIS PEREIRA HELMER

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 16135576

Pag. 00903/00904 - carta_01 - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5VX KKZX5 CC5P6 TNENK



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, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333412

Vítima: JORGE LUIS PEREIRA HELMER

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JORGE LUIS PEREIRA HELMER

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 ombros

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: JORGE LUIS PEREIRA HELMER

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000007183-8

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

Pag. 00543/00544 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5VX KKZX5 CC5P6 TNENK



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: 001.713.062-01 4 - Nome completo da vítima: Jorge Luis Pereira Helmen

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

5 - Nome completo: Jorge Luis Pereira Helmen 6 - CPF: 001.713.062-01
7 - Profissão: Tec. Enfermagem 8 - Endereço: Rua: Caubui Brasil Magalhães 9 - Número: 1343 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Smaeder Helio Campos 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-518
15 - E-mail: JLOIPRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98403-5060

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: 3905 CONTA: 71838 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 (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 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, Boa Vista - RR 16/05/2020

X Jorge Luis P. Helmen 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (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: 10397/2020 - Registrado em: 04/09/2020 às 13h 12min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 05/11/2019 às 14h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: CAUBI BRASIL MAGALHÃES

Bairro: DOUTOR SILVIO BOTELHO

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

JORGE LUIZ PEREIRA HELMER (28), nascido(a) em 06/09/1992, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de TECNICO(A), EM ENFERMAGEM, CPF Nº 001.713.062-01, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARIA APARECIDA LIMA PEREIRA e JOSE LUIZ HELMER, endereço: CAUBI BRASIL MAGALHÃES, Nº: 1343, bairro: SENADOR HELIO CAMPOS, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99111-7816.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A HONDA/CG 125 TITAN, ANO:1998/1999, PLACA:NAI-0191, COR AZUL, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO TRAFEGAVA NO ENDERÇO E HORÁRIO ACIMA CITADOS AO CHEGAR AO CRUZAMENTO COM A RUA S.2 COLIDIU-SE COM OUTRA MOTO QUE SURTIU REPENTINAMENTE EM SUA FRENTE, COM O IMPACTO CAIU SOFRENDO TRAUMA EM SEU OMBRO ESQUERDO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HGR, ESTE É O RELATO.

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

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 4200043
ASSINADO ELETRONICAMENTE


JORGE LUIZ PEREIRA HELMER
COMUNICANTE

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5VX KKZX5 CC5P6 TNENK



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/09/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 843,75


*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JORGE LUIS PEREIRA HELMER

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03905
CONTA: 000000007183-8

Nr. da Autenticação 027067836BE35626

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5VX KKZX5 CC5P6 TNENK





RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - 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 autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este **NÚMERO**

SEU CÓDIGO
0073636-8

Nº DA NOTA FISCAL 5790006 FEMP*
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	21/09/2020	468	426,53

JORGE LUIS PEREIRA HELMER
CPF: 00000171306201
R. CAUBI BRASIL MAGALHAES 1343 Q-377 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316-518 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 13/08/2020 Anterior: 15/07/2020 Próxima leitura: 14/09/2020
Emissão: 12/08/2020 Apresentação: 18/08/2020 Dias de consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.4.1.1	RESID. BX. RENDAMONOF	TDB2026366	NORMAL	CONVENC	

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	733							
Leit. Anterior	265							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	468							
Faturado:	468							

DESCRIÇÃO DA CONTA

	CONSUMO	30 A R\$	70 A R\$	120 A R\$	248 A R\$
		0,266097 =	7,98		
		0,456173 =	31,93		
		0,684266 =	82,11		
		0,760288 =	188,55		
PARCELAMENTO COSIP 2/24			37,19		
CORR MONETARIA TCD (IG 2/24			0,97		
PARCELAMENTO DE DEBITO 2/24			52,88		
ILUMINACAO PUBLICA			24,92		

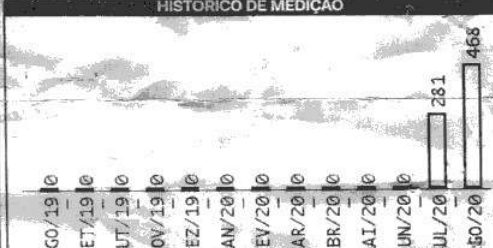
OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30	0,266097
31 A 70	0,456173
71 A 120	0,684266
121 A 248	0,760288

Média 12 meses: 468

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 11 6 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 12/08/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 08A6.C4AE.97FE.C878.0F3C.1C99.87B6.4FB1

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Energia:	163,33	DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Distribuição:	71,53	Limite	8,85	17,70	35,40
Transmissão:	0,00	Realizado	5,17		
Encargos:	9,25	FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Perdas:		Limite	8,46	16,92	33,84



Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a UC 1089170



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

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	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	05/2020	R\$ 554,71

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

FOTO

DOC. IDENTIDADE / RG. EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CNP
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACD CAT. HAB. AB

AP. REGISTRO
011019:2304

VALIDADE
28/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
11/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
980151096

096

750009.000000001081.917005200055





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 SUSEP¹ 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 Ilmar Inácio de Souza

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

Jorge Luis Pereira Helmer inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.713.062 / 01

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jorge Luis Pereira Helmer

inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.713.062 / 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

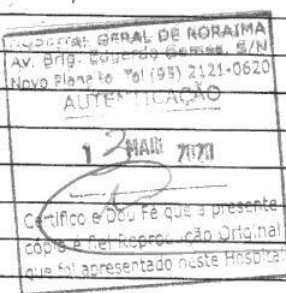
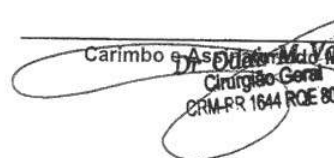

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buriti</u>	Cidade: <u>Bea Vista</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>ILDIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95)</u>

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação		
Secretaria de Estado da Saúde										
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE										
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308										
1901182878	05/11/2019 14:55:15	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		33		
Paciente	JORGE LUIS PEREIRA HELMER	Data Nascimento	06/09/1992	Idade	27 A 1 M 29 D	CNS	706408386458690	CPF	00171306201	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	M	Estado Civil	SEM	Nacionalidade	BRASILEIRA	
IDENTIDADE	3572242	SSP/ RR		Mãe	MARIA APARECIDA LIMA PEREIRA	Pai	JOSE LUIS HELMER	Contato	(95) 99168-1018	
Endereço	RUA - CAUBI BRASIL DE MAGALHAES - 1343 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR								Ocupação	NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Plano Convênio	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	SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.	Registrado por:	ANTONIA.SOARES				
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue									
<i>"Cidada moto x moto"</i>										
Anamnese de Enfermagem						GSC	TOTAL			
						AO: 1234	RV: 12345	MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)	<i>Colante sobre acidente em via pública moto x moto sem perda de consciência. No de acidente.</i>									
Exame Físico	<i>Membro superior esquerdo imobilizado.</i>									
Hipótese Diagnóstica	<i>Trauma de ombro esquerdo.</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	Prescrição					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
<i>Uso de Placa de Tórax, Ombro, Braço, Antebraço esquerdo</i>										
										
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: <i>Ortopedia</i>					<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação				
óbito	Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica					Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____				
Assinatura do Paciente ou Responsável					Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: antonia.soares Data Hora: 05/11/2019 14:56:15					 CRM-PR 1644 ROE 801					
© 2019 SOTEC - Soluções em Tecnologia Rua: 43.35 - 01.38.02					 1901182878					

* Ortopedia
Fx Clavicular (X)
Tendão + Alta.

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ/2007



Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a UC 1089170



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

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	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	05/2020	R\$ 554,71

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

FOTO

DOC. IDENTIDADE / RG. EMISSOR: 114807 SSP RR
CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: [] ACC: [] CAT. HAB: AB

AP. REGISTRO: 011019:2304 VALIDADE: 28/01/2021 1ª HABILITAÇÃO: 11/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 980151096

IFICAR 096

750009.000000001081.917005200055



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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1751003100

PROIBIDO PLASTIFICAR
1751003100

NOME
JORGE LUIS PEREIRA HELMER

RG IDENTIDADE / CNH EMISSORAS
3572242 SESE RR

CPF
001.713.062-01

DATA NASCIMENTO
06/09/1992

PRONOME
JOSE LUIS HELMER

MARIA APARECIDA LIMA
PEREIRA

PERMISSÃO
ACB

ACC
AB

CATAME
AB

Nº REGISTRO
06128645327

VALIDADE
21/02/2024

1ª HABILITAÇÃO
24/07/2014

OBSERVAÇÕES
ZAR

ASSINATURA DO PORTADOR
Jorge Luis P. Helmer

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
21/02/2019

100-0005 BRASIL
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

56714175000
RR219050640

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333412 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE LUIS PEREIRA HELMER **Data do acidente:** 05/11/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P1,2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

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 OMBRO ESQUERDO.

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE


NOME:	Jorge Luis Pereira Helmer
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	tecnico area informatica
IDENTIDADE:	3572242 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Caubir Brasil Magalhães, 1343, Senador Helio campos.

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832 Buenos

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: 05/11/2019, cobertura Invalidez, vítima: Jorge Luis Pereira Helmer, Boa Vista - RR 08-04-2020

LOCAL E DATA

 Jorge Luis P. Helmer

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Cartório do 5º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alvaro Ferra: 4897 - Ara Branca - Boa Vista
Fone: 3661-3527-4196
daniel.aquino@cartorioaquino.com.br

192.282

me Silva Lopes
Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262746/20

Vítima: JORGE LUIS PEREIRA HELMER

CPF: 001.713.062-01

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JORGE LUIS PEREIRA
HELMER

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JORGE LUIS PEREIRA HELMER : 001.713.062-01

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: 17/09/2020
Nome: JORGE LUIS PEREIRA HELMER
CPF: 001.713.062-01

JORGE LUIS PEREIRA HELMER

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO