

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	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9 500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 9	16/11/2020 15:15:03	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2765574CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2765574CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
8	16/11/2020 00:02:16	(Pelo advogado/curador/defensor de JORGE LUIS PEREIRA HELMER) em 16/11/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (30/10/2020) e ao evento de expedição seq. 7.		SISTEMA CNJ	
7	04/11/2020 19:41:21	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário		
<input type="checkbox"/> 6	30/10/2020 17:22:34	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado		
5	30/10/2020 12:09:24	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
4	30/10/2020 12:09:24	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
3	30/10/2020 12:09:24	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ		
2	30/10/2020 12:09:24	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ		
		1ª Vara Cível			
<input type="checkbox"/> 1	30/10/2020 12:09:23	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS Advogado		



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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:

4 - Nome completo da vítima:

001.713.062-01 Jorge Luis Pereira Helmer

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 Helmer

6 - CPF: 001.713.062-01

7 - Profissão:

Tec. Enfermagem

8 - Endereço:

Rua: Caubir Brasil Macalhães

9 - Número:

1343

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Senador Helio Campos

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-518

15 - E-mail:

jldiprrr@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\$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: 3905

CONTA: 7183 8

(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 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 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (vainascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

 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 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Beni Vista - RR, 16/10/2020

x Jorge Luis P. Helmer

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA 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°: 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

UF: RR

Logradouro: CAUBI BRASIL MAGALHÃES

Nº: S/N

CEP:

Bairro: DOUTOR SILVIO BOTELHO

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

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 SURGIU 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 POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 4200043 ?
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Jorge Luis P. Helmer
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.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5VX KKZX5 CCCP6 TNEUK



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: 00000007183-8

Nr. da Autenticação 027067836BE35626



**RORAIMA
ENERGIA**

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

SEU CÓDIGO

0073636-8

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

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. CABU 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	Ligaçāo	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.4.1.1	RESID.BX.RENDAMONOF		TDB2026366	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

KWh	INJETADO TOT/PTA	KWh	INJETADO TOT/PTA	KWh	INJETADO TOT/PTA	KWh	INJETADO TOT/PTA
		F.PONTA	F.PONTA		INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO
Leit. Atual	733						
Leit. Anterior	265						
Constante	1.000						
Resíduo							
Medido	468						
Faturado:	468						

DESCRICAÇÃO DA CONTA

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30	0,209149
31 A 100	0,356539
101 A 220	0,537800
221 A 468	0,597558

Média 12 meses: 468

HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO

Mês	Valor (kWh)
AGO/19	281
SET/19	
OUT/19	
NOV/19	
DEZ/19	
JAN/20	
FEV/20	
MAR/20	
ABR/20	
MAY/20	
JUN/20	
JUL/20	
AGO/20	468

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
 Parabens! 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\$

Energia: 163,33

Distribuição: 71,53

Transmissão: 0,00

Encargos: 9,25

Perdas: 9,25

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC Mensal Trimestral Anual

Limite 8,85 17,70 35,40

Realizado 5,17

FIC Mensal Trimestral Anual

Limite 8,46 16,92 33,84

Realizado

Impresso

Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC: 1069170



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
1089170

MÊS
05/2020

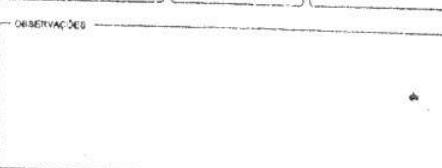
TOTAL A PAGAR
R\$ 554,71



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096



IFICAR
096



ASSINATURA DO PORTADOR



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





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/BIBLIOTECAWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ivan Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.312 / 01 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>Bento</u>	Cidade:	<u>Bento</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69309-209</u>
E-mail:	<u>IL01RRR@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(95)</u>

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

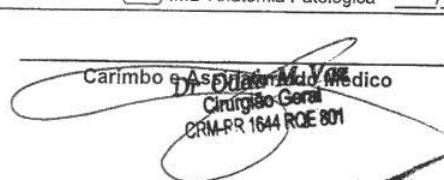


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação
Reclassificação
() Vermelho
() Laranja
() Amarelo
() Verde
() Azul Ass.:

Reclassificação
() Vermelho
() Laranja
() Amarelo
() Verde
() Azul Ass.:

Reclassificação
() Vermelho
() Laranja
() Amarelo
() Verde
() Azul Ass.:

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	CPF	Prontuário
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE	3572242	SSP/ RR		M		SEM		Nacionalidade
Mãe	MARIA APARECIDA LIMA PEREIRA			Pai	INFORMAÇÃO			BRASILEIRA
Endereço	RUA - CAUBI BRASIL DE MAGALHAES - 1343 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor	URGÊNCIA							
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.	Registrado por:			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>"Colocou moto x moto"</i>							
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>Colocou moto x moto em reto quebrou moto x moto na pista de sinaliza. Foi d. agente.</i>							
Exame Físico	<i>Membrete superior erguido imobilizado.</i>							
Hipótese Diagnóstica	<i>Trauma de membro erguido.</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					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
<i>Colocar gelo no Tórax, dor de braço, braço erguido.</i>								
Conduta	<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	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :						
Assinatura do Paciente ou Responsável								
 Carimbo do Aspirante Médico Cirurgião Geral CRM-PR 1644 ROC 801								
Impresso por: antonia.soares Data Hora: 05/11/2019 14:56:15								
 1901182878								

* Ortopedia
Fx Clavicular
Lateralização + Alta.



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



Impresso

Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC: 1069170



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
1089170

MÊS
05/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 554,71



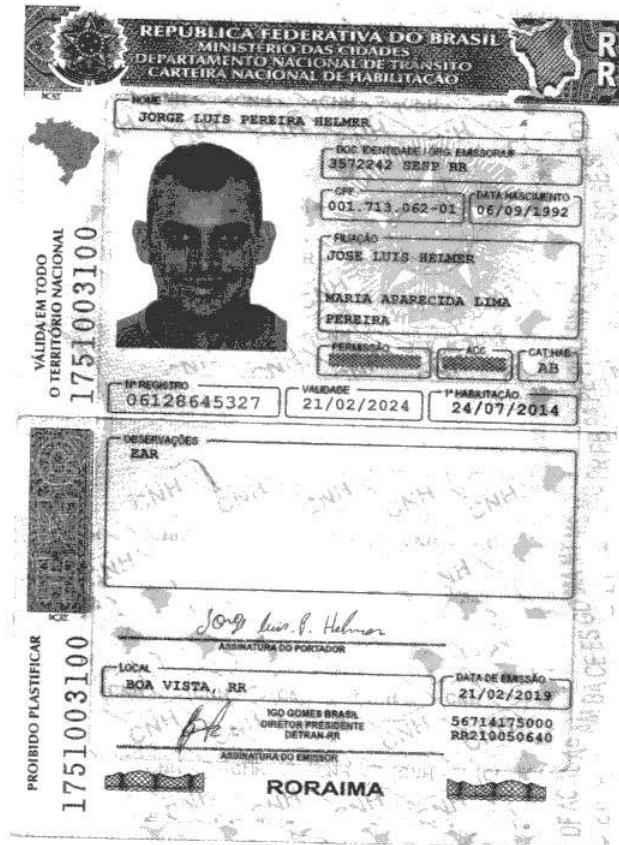
VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096



IFICAR
096

DATA DE EMISSÃO 30/01/2015	LOCAL BOA VISTA - 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.

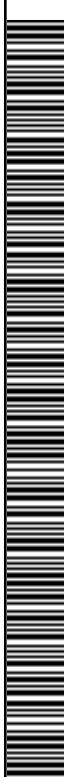
Documentos complementares:

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:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Técnico em enfermagem	
IDENTIDADE:	3572242 SSP-RR	
ENDEREÇO:	Rua: Caubir Brasil Magalhães, 1343, Senador Helio campos.	

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

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeado e constitui 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 Incendio, vitima: Jorge Luis Pereira Helmer, Boa Vista - RR 08-04-2020

LOCAL E DATA

Jorge Luis P. Helmer

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JORGE LUIS PEREIRA HELMER

MANOEL COELHO NETO