

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: 2923443220201130180406

Processo 0828316-46.2020.8.23.0010 ☆ - (27 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 4847 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág.

1

Seq.

Data

Evento

Movimentado Por



9

30/11/2020 18:04:06

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
Procurador

9.1 Arquivo: Petição

Ass.: JOAO ALVES
BARBOSA FILHO

2766517CONTESTACAO01.pdf

Público

9.2 Arquivo: DOCS

Ass.: JOAO ALVES
BARBOSA FILHO

2766517CONTESTACAOAnexo02.pdf

Público

9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER

Ass.: JOAO ALVES
BARBOSA FILHO

KITSEGURADORALIDER.pdf

Público

LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

(Pelo advogado/curador/defensor de CREUZA LINHARES DE MESQUITA) em 27/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (09/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.

SISTEMA CNJ

EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Para advogados/curador/defensor de CREUZA LINHARES DE MESQUITA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (09/11/2020)

Thiago Pacheco Pires dos Santos
Analista Judiciário



6

09/11/2020 07:53:03

DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO

EDUARDO MESSAGGI DIAS
Magistrado

5

03/11/2020 15:36:18

CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

SISTEMA CNJ

4

03/11/2020 15:36:18

RECEBIDOS OS AUTOS

SISTEMA CNJ

3

03/11/2020 15:36:18

REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

SISTEMA CNJ

Registro de Distribuição

2

03/11/2020 15:36:17

DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

SISTEMA CNJ

5ª Vara Cível



1

03/11/2020 15:36:17

JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Pôlly Weudson Fernandes de Souza
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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588227

Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CREUZA LINHARES DE MESQUITA

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

Carta nº 14979231



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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588227

Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CREUZA LINHARES DE MESQUITA

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 03/04/2019, emitido pelo Dr. SILVIO F. DOS REIS CRM nº 295 - RR, da Instituição INSTITUTO MÉDICO LEGAL - RR, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15003871

Administradora do Seguro DPVAT		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 567.618.482-53	4 - Nome completo da vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: CREUZA LINHARES DE MESQUITA			
7 - Profissão: AUTOMOBILISTA	8 - Endereço: RUA: SOLANEA	6 - CPF: 567.618.482-53	9 - Número: 137
11 - Bairro: LAURA MOREIRA	12 - Cidade: BOA VISTA	10 - Complemento: CASA	14 - CEP: 69.318-181
15 - E-mail: francisco.belarmino@gmail.com	13 - Estado: PE	16 - Tel. (DDD): (95) 99154-6697	
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 8027 013 CONTA: 35095 5			
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>			
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):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input checked="" type="checkbox"/> 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, cortando, 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:			
26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:			
30 - Vítima deixou nascituro (vivasces)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:			
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 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 PE, 14/10/2019			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Creuza Benquerita			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			
43 - Assinatura do Procurador (se houver) Francisco Simões Araújo			



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003573/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/02/2019 08:52 Data/Hora Fim: 14/02/2019 09:18
Origem: Polícia Judiciária Data: 14/02/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 03/12/2018 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Cruzeiro do Sul

Bairro: Jardim Primavera

Ponto de Referência: Em frente de uma panificadora
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CREUZA LINHARES DE MESQUITA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Marabá Sexo: Feminino Nasc: 14/09/1975
Profissão: Do Lar Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Teresinha Linhares de Mesquita

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 567.618.482-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Telefone: (95) 99119-6270 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 384.500.971-34	Placa NUI-6942
Renavam 01038764642	Número do Motor KD08E1F411761
Número do Chassi 9C2KD0810FR411761	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD
Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Creuza Linhares de Mesquita	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 14/02/2019 09:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003573/2019

A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos, quando transitava conduzindo a motocicleta também já descrita, sendo à mesma de propriedade de seu companheiro VALDECY ALVES CHIMENDES, CPF 384.500.971-34. Onde foi colidida por um veículo que transitava em sentido contrário e tentou fazer uma ultrapassagem naquele momento (NÃO SABENDO INFORMAR AS CARACTERÍSTICAS IDENTIFICADORAS, MAS QUE O CONDUTOR PERMANECERAM NO LOCAL ATÉ SEU RESGATE). Que sofreu lesões corporais e foi socorrida pelo SAMU até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

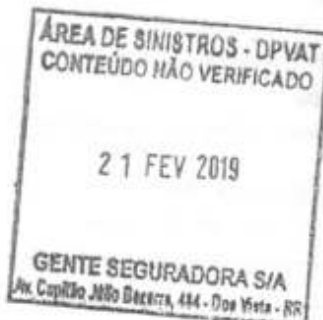
ASSINATURAS

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Mat 042000000

Jefferson Inácio Araújo
Responsável pelo Atendimento

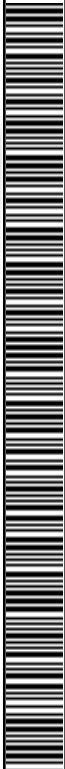
Creuza L de Mesquita
Creuza Linhares de Mesquita
(Vítima / Comunicante)

"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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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: P1VGR T6HJE 4C8FE B8D8

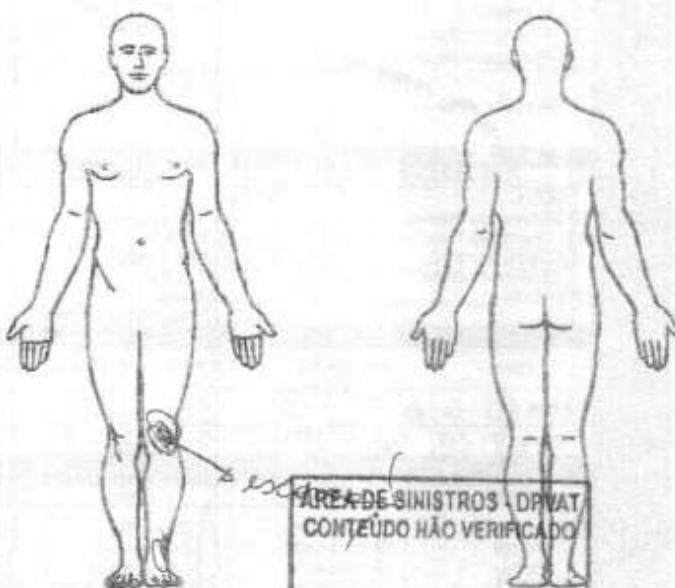
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: P1VGR 16HH 4C8EE BEP8D



PERIÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Assinatura do Receptor:	
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.	
	Assinatura do Paciente:	RG: _____
	TESTEMUNHA 01:	RG: _____
	TESTEMUNHA 02:	RG: _____

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	02 máscara descartável 02 furo de luva P e G
Perda de líquido: _____	BCF: _____	
[] Com cartão [] Sem cartão		

Abertura Ocular	Classificação	Resposta
Olhos abertos previamente à estimulação	Espondores	1
Abertura ocular em nível de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após em estimulação de extremidade dos olhos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal	Resposta	
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	3
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Falávras isoladas inteligíveis	Phrasas	5
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta verbal, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora	Resposta	
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo de cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante: não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante: claramente anormal	Flexão anormal	3
Estensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT




EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Equipe ocacionada para ocorrer na traumatologia colisão moto X VAN, vítima encontrada sentada na cadeira plástica com capote, vítima se levantou e sentou na cadeira, verbalizando, orientada, lucida com desconforto no joelho @, abordo do UTR verificando os SSU, preservado informado ao médico regente do qual encaminhado ao trauma

SAMU 192-BV
CONFERT COM
CRIZ...
Em 25/05/19
Stephanie
Rubrica

Assinatura e carimbo do profissional
Assinatura e carimbo do profissional



0125803-6

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 003704911

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\$)
SETEMBRO/2019	16/10/2019	280	295,37

VALDECY ALVES CHIMENDES
R. SOLANEA 137 Q 845 LT 62 LAURA MOREIRA
RESIDENCIAL MANAIRA
CEP: 69.316-181 - BOA VISTA

RUI: 7.001.28.08.022600

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
kWh	kVAch		
Atual: 18587		Atual: 20/09/2019	
Anterior: 18307		Anterior: 23/08/2019	
Constante de Multiplicação: 1,000		Próxima Leitura: 20/10/2019	
Consumo Medido: 280		Emissão: 19/09/2019	
Consumo Faturado: 280	FCAM	Apresentação: 20/09/2019	

NORMAL

28

Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14TDB01899N	1510821	1.1.1.2	217

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano	consumo		
AGO/19	229	CONSUMO 280 A R\$ 0,766106 =	214,50
JUL/19	251	CORREÇÃO MONETÁRIA DA IL (2X)	1,09
JUN/19	163	CORREÇÃO MONETÁRIA IGPM (2X)	18,35
MAI/19	211	MULTA POR ATRASO DE IL (2X)	2,54
ABR/19	227	JUROS DE HORA POR ATRASO (2X)	3,33
MAR/19	224	MULTA POR ATRASO (2X)	6,63
FEV/19	202	JUROS DE HORA DE IMPORTE (2X)	23,43
JAN/19	221	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	25,50
DEZ/18	188		
NOV/18	255		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano

Valor

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 15/10/2019, em função das contas realizadas nesta fatura, o não pagamento dessa energia, também é incluído no nome do consumidor no CDECEL. Informamos ainda a existência de multa por atraso de 2x e juros de 2x no valor de R\$ 107,44 (cento e sete reais e quarenta e quatro centavos). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO F3DF.F1DC.A34F.39D2.08C0.89E7.4222.AF51

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	55,01	Base de Cálculo:	214,50
Energia:	116,64	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	36,46
Encargos:	6,05	Valor do PIS:	0,04
Tributos:	36,80	Valor do COFINS:	0,30

INDICADORES DE CONTINUIDADE

3,45 17,70 35,40 8,40 10,01 33,84 4,81

0,00 0,00 0,00

DISTRITO

07/2019

82,35

ROT: 7.001.28.08.022600


SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0125803-6	295,37
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	16/10/2019

Nº da Nota Fiscal 003704911

FCAM

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

83620000002 1 95370075000 3 00000000125 5 80360919003 4



SEQ.: 00177 UC: 0125803-6 DT. LFIT.: 20/09/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 18587 NORMAL TOTAL: 295,37 CARGA: 0,1

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: PJVGR T6HE 4C8FF BFP8D



Para contato
conosco informe
este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, #01 - 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 autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003454770

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	187	180,31

RUTH ALVES DA SILVA SINEAO

R. ESTRELA CELESTE 998 PROF ARACELI S MAIOR

CPF: 00072200944268

CEP: 69.315-082 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.04.00637

DADOS DA LEITURA			DATAS DA LEITURA	
Atual:	11809		Atual:	17/07/2019
Anterior:	1,000		Anterior:	16/09/2018
Constante de Multiplicação:	187		Próxima Leitura:	15/08/2019
Consumo Medido:	187	FCAM	Emissão:	19/08/2019
Consumo Faturado:			Apresentação:	
Forma de Faturamento:	VOLTA	Fator de Correção:	Dias de Consumo:	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Linhas	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESENCIAL	B1	24102056	1	002	207

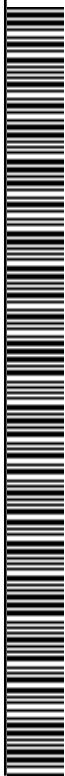
HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês anterior consumo	CONSUMO 187 A R\$ 0,772737 = 144,50
JUL/19 186	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 04/19-00 0,20
JUN/19 154	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 04/19-00 3,56
MAI/19 176	MULTA POR ATRASO DE I 04/19-00 1,90
ABR/19 247	JUROS DE MORA POR ATR 04/19-00 0,51
MAR/19 215	MULTA POR ATRASO 04/19-00 3,90
FEV/19 191	JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00 4,68
JAN/19 196	ILUMINACAO PUBLICA 21,08
DEZ/18 183	
NOV/18 261	
OUT/18 258	
TARIFA SEM TRIBUTOS	
0 A 187 - 0,63410	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mês/Ano	Valor R\$
07/2019	177,41
LIGUE 0800-7411120 E FAÇA O PAGAMENTO EM 16 DE JULHO DE 2019	

RESERVADO AO FISCO 531E.95F8.965B.08DF.E7F2.05F5.E0C9.FF77

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	77,90	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	24,56
Transmissão:	4,04	Valor do ICMS:	0,22
Encargos:	25,82	Valor do PIS:	1,04
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Linha	0,85	1,70	3,40	0,40	1,60	3,20	4,02	
Resíduo	1,56			6,00			0,36	





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)
Canais de atendimento: 0800.11506 / E-mail: atendimento@liderseguros.com.br

Atendimento presencial: 0800.022.12.00 - Atendimento telefônico: 0800.022.12.00 - Central Operacional: 0800.022.91.35

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 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCO SIMEÃO APAIXO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 711.335.422 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CREUZA LINHARES DE MESQUITA inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.618.482 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CREUZA LINHARES DE MESQUITA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.618.482 / 53, 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 ESTRELA CELESTE</u>	Número: <u>998</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>ARACELIS</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>franciscobela@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.315-082</u>	Tel (DDD): <u>(95) 99154-6697</u>

Local e Data: Boa Vista, RR 14/10/2019

Francisco Simeão Apaixo
Assinatura do Declarante



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)
Canais de atendimento: 0800.11506 / E-mail: atendimento@lider.com.br / 0800.11506

Atendimento presencial: 0800.022.12.00 - Atendimento telefônico: 0800.022.12.00 - Central Operacional: 0800.022.12.00

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 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCO SIMEÃO APAIXO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 711.335.422 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CREUZA LINHARES DE MESQUITA inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.618.482 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CREUZA LINHARES DE MESQUITA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.618.482 / 53, 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 ESTRELA CELESTE</u>	Número: <u>998</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>ARACELIS</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>franciscobela@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.315-082</u>	Tel (DDD): <u>(95) 99154-6697</u>

Local e Data: Boa Vista, RR 14/10/2019

Francisco Simeão Apaixo
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Valdecy Alves Chimentes
RG nº 172 4202, data de expedição 02/10/16
Órgão SSP/GO, portador do CPF nº 384.500.971-34
com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Solania, nº 137,
complemento sem, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Cruza L. Mesquita, cujo o condutor era
Cruza L. Mesquita
Veículo: motocicleta Modelo: Honda NXR 160 Bros Ano: 2014
Placa: NU1 6942 Chassi: 9C2KDD810FR411761
Data do Acidente: 03/12/18

Local e Data:

Boa Vista - RR 14 Fevereiro 2019

Valdecy Alves Chimentes

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação/Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Vermelho		Vermelho		Vermelho	
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Laranja		Laranja		Laranja	
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		Amarelo		Amarelo		Amarelo	
		Verde		Verde		Verde	
		Azul Ass.		Azul Ass.		Azul Ass.	
1801042189	03/12/2018 08:47:40	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 8	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
CREUZA LINHARES DE MESQUITA		14/09/1975	43 A 2 M 19 D	700605913959670	56761848253		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	197645	SSP RR		F	SOLTEIRO(A) SEM	BOA VISTA - RR	Nacionalidade
Mãe	TERESINHA LINHARES DE MESQUITA			Pai	INFORMAÇÃO		
Endereço	RUA - SOLANEA - 137 - - BOA VISTA - RR			NC	Contato		
				(95) 98119-8270			
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		ÁREA DE SINISTROS - DPVAT			
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Validade			
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA			21 FEV 2019			
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		MICHELE CAVALCANTE				
Queixa Principal	[] Síndrome Febril [] Síndrome de Reiter [] Síndrome de Kawasaki						
Anamnese de Enfermagem				GSC			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)				AO. 1234 RV. 12345 MV. 12345			
Acidente automobilístico							
fratura de fêmur							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
Escorregões + frx fêmur							
SADT - Exames Complementares							
[] RAIO-X [] ULTRA-SON [] TC [] SANGUE [] URINA [] ECO [] OUTROS							
PRESCRIÇÃO							
AFRAZAMENTO							
Condição							
[] Alta por Decisão Médica [] Ambulatório							
[] Alta a Pedido [] Observação (Até 24h)							
[] Alta a Revelia [] Internação							
Transferência para: [] Data e Hora da Saída/Alta: / /							
óbito							
Antes do 1º Atendimento? [] Sim [] Não Destino: [] Família [] IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: michelle.cavalcante							
Data Hora: 03/12/2018 08:48:43							

310755-00

Renata Gonçalves de Mesquita

PASTA PARA PRONTUÁRIO

HOSPITAL COORDENADOR
Rua: Coronel Pires, 636 - Centro (Tel: 065) 2121-7471
AUTENTICAÇÃO
O Senhor Doutor Juiz fez a Presença e assim é fiel Reprodução do
original que foi apresentado no Juízo Hospital.
Essa Vista-RR, de 04 de 20 19



PA PLANO DE

F.A.Nº 46810/2001

03/04/2001 8:18:48

MÉDICO OFTALMOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Associado 310755/00 Prontuário Anterior

COOPERPAI - MED

Nome CREUZA LINHARES DE MESQUITA

Endereço R: JOSE ALEIXO, 1794

Bairro ASA BRANCA

Cidade BOA VISTA

Identidade

Nascim. 14/09/1975 Idade 25

Resgate PARTICULAR

Procedencia RESIDÊNCIA

Motivo CONSULTA DR ROMUALDO

Sexo FEMININO

DATA
HORA

Epimiotise.

24/01/18

Dissectos "cavidades" no CAE (E)
Dissectos e dissecções cistóides na
pupila no CAE E
H/otobolite
sete a 6 per

28/11/18

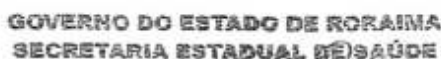
Dr. João Serrano Barba
OFTALMOLOGIA
CRM-PR 3145

13/12/12 15:15

VSB - M. L. M.

13/07/13 Paciente com
REFR. SUPERIOR
VSD.

Dr. Max Souza M.D.
Oftalmologia e Transplante
Medicina do Trabalho
CRM-PR 695
1908 1905 491



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

Cruzamento de Mesquita

EVOLUÇÃO

310755-00

Kardiologia

Xeronea clavata

Exercises ahead

130x80

W. H. Coldwater

[Handwritten signature]

Dr. Jamião
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM 15.442 - RJ

8/01/18

Dermatologie

HOSPITAL CORRELATION:

Refer queda de moto em novembro 2010
Evoluiu com tripteromia em ailer
exonadas. Fimbras e tripterose em voladões
Bulho de quido em conduto auditivo externo
há 2 anos.

CD: $\forall x \in Z$.

DK 31.

2) alontoina 11.

alfa arbutina 2%.

Creme

manchu.

2) $\text{value } 20\%$

ac. milico 51.

0.50 5%

D-panthenol 1:1

pri.

3) q_{nc}

Otorino

Izabel Furlin
 Dermatologia
 12/04/2015 15:16



N- 14.09.1975 EVOLUÇÃO DE AMBULATÓRIO

NOME: <u>CRISTINA LIMA DE MENEZES</u>		REG. <u>310755</u>
SERVIÇO DE		DATA: <u>26/04/09</u>
SE	ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> SIM OU DOENÇA OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> NÃO	1ª CONSULTA <input type="checkbox"/> RETORNO <input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO	<u>Cecilia um AO (palp.)</u> <u>Exc. AO = blifavite PTA e PTN (> OE)</u> <u>OE = exc. PTE. c/ tumor benigno.</u>	
TERAPÊUTICA	<u>AVL } 20/40</u> <u>S/C } 20/40</u> <u>Col: Strampes multuo + tobradex +</u> <u>gentecil + hemoglobina p/</u> <u>excise tumor PTE</u> <u>Dra. Imery Sampaio</u> <u>OFTALMOLOGISTA</u> <u>CRM 884122</u> MÉDICO - CRM DATA: <u>12/1</u>	

SERVIÇO DE		DATA: <u>12/1</u>
SE	ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> SIM OU DOENÇA OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> NÃO	1ª CONSULTA <input type="checkbox"/> RETORNO <input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO	<u>Vem c/ pri-ep. OK.</u> <u>Col: Marcar cirurgia.</u>	
TERAPÊUTICA	<u>[Signature]</u> MÉDICO - CRM	

SERVIÇO DE <u>Dermatologia</u>		DATA: <u>18/07/15</u>
SE	ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> SIM OU DOENÇA OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> NÃO	1ª CONSULTA <input checked="" type="checkbox"/> RETORNO <input type="checkbox"/>
EVOLUÇÃO	<u>Dermatologia</u> <u>Relato que não fez uso de medicamentos mexi-</u> <u>tes. Há todia após outro acidente de moto</u> <u>com exoricações e formação de placas eritematosas</u> <u>elemente dermatológicos em pema (E) (Koebner)</u>	
TERAPÊUTICA	<u>Surg. f</u> <u>HPP. Mioma</u> <u>co. Minoxidil 60 dias.</u> <u>hidrocortisona 1% face</u> <u>Silvia</u> <u>Dra. Isabel Paula</u> <u>MÉDICA</u> <u>CRM-RR 1518</u> MÉDICO - CRM	

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CLINICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

NOME: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

IDADE: 44 ANOS

DN.: 14.09.1975

DR(ª): MAX

DATA: 10.09.19

ULTRASSONOGRAFIA DO PÉ

Irregularidade da porção média do tendão flexor do 1º dedo, com discreto aumento volumétrico e espessamento de provável natureza residual/sequelar.
Partes moles do pé de aspecto anatômico.
Ausência de formações expansivas ou massas no pé direito.
Tendão de aquiles, tendões extensores e demais flexores de aspectos normais.
Ligamento talofibular de aspecto preservado.
Ausência de formações expansivas ou massas no pé direito.

ULTRASSONOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Ao exame de joelho esquerdo, observa – se integridade das partes moles subcutâneas.

Menisco medial e lateral com discretas extrusões, notando-se proximidade femuro tibial correspondente e osteófitos femuro patelares e tibiais adjacentes, configurando alterações degenerativas.
Tendões patelar e quadricipital íntegros.
LCL e LCM preservados.
Fossa poplíteia sem cistos ou massas.

LIGAMENTOS CRUZADOS NÃO CARACTERIZADOS NO PRESENTE ESTUDO, SE NECESSÁRIO CORRELACIONAR COM RNM.



MÉDICO RESPONSÁVEL
DR. JEAN CARLOS MEDEIROS LIMA
CRM 1279 / RR



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

Nome: **CRISUEA LINHARES DE MESQUITA**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF: **197645 SSP RR**

CPF: **567.618.482-53** DATA NASCIMENTO: **14/09/1975**

RACÃO:

TRANSMISSÃO LINHARES DE MESQUITA

PERMISSÃO: ACI: CAT: **1**

IDENTIFICAD: **06222045075** VALOR: **20/03/2018** EXPIRAÇÃO: **03/11/2014**

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: **BOA VISTA - RORAIMA** DATA DE EMISSÃO: **09/11/2015**

64153490600
RR208632190

DETRAN RR (RORAIMA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1090466841

PRIMEIRO PLASTIFICADA
1090466841

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Dacosta, 434 - Boa Vista - RR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

RR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1412042244

PROIBIDO PLASTIFICAR
1412042244

Nome: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA: 185491 SSP RR

CPF: 711.335.422-04 DATA NASCIMENTO: 20/10/1982

FILIAÇÃO: RAIMUNDO DE ARAUJO CHAVES VLADERIZA SIMEAO DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AB

IP REGISTRO: 01963732643 VALIDADE: 02/03/2022 IP HABILITACAO: 08/08/2001

OBSERVAÇÕES: A

Assinatura do Portador: Francisco Simeão Araújo

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 03/03/2017

Assinatura do Emissor: FRANCISCO ASSIS DA SILVA DIRETOR-GERENTE DETRAN-RR

17457668843 RR209148942

RORAIMA

DE ACORDO COM A LEI Nº 2.200-2/2001, LEI Nº 11.419/2006

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013042175714 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

384. ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPAV 0800 023 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 12/07/2018

NÚMERO 384.500.971-34

CNPJ 01308654642

HONDA/NXR160 ABS ESDD

CÓDIGO FAB DATA 014

9CEKD0810F R4116B1

FAS (R\$) R\$81,29

DENOMINAM (R\$) R\$9,03

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90,33

R\$0,70 (R\$)

R\$182,5

R\$4,92 BILHETE (R\$)

R\$4,15

PAGAMENTO PARCELADO


COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

JUL 2018

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361209/19

Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

CPF: 567.618.482-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/12/2018

Titular do CPF: CREUZA LINHARES DE
MESQUITA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO SIMEAO ARAUJO : 711.335.422-04

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

CREUZA LINHARES DE MESQUITA : 567.618.482-53

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: 16/10/2019
Nome: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO
CPF: 711.335.422-04

FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190588227 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P 1/5

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: DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 1642/2019 DE 03/04/2019, QUESITO 6º: NÃO, ACOSTADO AO SINISTRO 3190166000.

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: 3190588227 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P 1/5

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: DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 1642/2019 DE 03/04/2019, QUESITO 6º: NÃO, ACOSTADO AO SINISTRO 3190166000.

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Cruz Linhares de Mesquita
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: União Estável
PROFISSÃO: autônoma RG: 197645 SSP/RR
CPF: 567618482-53 ENDEREÇO: Rua Solameal
BAIRRO: Laura Moura CIDADE: Bom Vista - RR
CEP: 69318-181

VÍTIMA: Cruz Linhares de Mesquita
CPF: 567618482-53 DATA DO ACIDENTE: 03/12/18
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: Francisco Simeão Araujo
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Administrador
Nº DO RG: 185.491 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR
DATA DE EMISSÃO: 03/03/2017
Nº CPF: 711.335.422-04
ENDEREÇO: Rua Estrela Celeste, 998 - Bairro: Profº Aracelis Souto Maior



PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Bom Vista - RR, 14 de Fevereiro de 20 19

Cruz Linhares de Mesquita
Assinatura

DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Estado do Rio, 4307 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (93) 3627-1185
Boa Vista/RR - 69318-181

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
1. CRUZ LINHARES DE MESQUITA
85474
Em testemunho da verdade, L.P.B.
De que dou fé, Boa Vista/RR, 14 de fevereiro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portal.portalrr.com.br
RECPR168296DXZ9N1EUD24E789

Emolumentos: R\$ 2.45 Fundos ISS: R\$ 0.55 Total: R\$ 3.00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361209/19

Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

CPF: 567.618.482-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO SIMEAO ARAUJO : 711.335.422-04

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

CREUZA LINHARES DE MESQUITA : 567.618.482-53

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: 16/10/2019
Nome: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO
CPF: 711.335.422-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA