

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: 2947217720210107111131****Processo 0831348-59.2020.8.23.0010  - (29 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: <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 Movimentos: <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		
 9	07/01/2021 11:11:31	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		9.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775458CONTESTACAO01.pdf PÚBLICO			
		9.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775458CONTESTACAOAnexo02.pdf PÚBLICO			
		9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KIT SEGURADORA LDER.pdf PÚBLICO			
		LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 21/01/2021 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
 7	28/12/2020 08:13:40	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS Analista Judiciário Rodrigo Bezerra Delgado		
 6	09/12/2020 15:45:33	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	Magistrado		
5	08/12/2020 16:26:55	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
4	08/12/2020 16:26:55	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
3	08/12/2020 16:26:55	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	08/12/2020 16:26:55	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
 1	08/12/2020 16:26:54	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim 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, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200338198

Vítima: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

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: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000020000-5

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

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	040.541.932-50	JABELE EVANGELISTA DO SANTOS	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	JABELE EVANGELISTA DO SANTOS		6 - CPF:
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
ATIVIMENTE	RUA HC 14	767	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
SENADOR Helio Campos	BOA VISTA	RR	69.316-484
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD):		
SANTAMARIA.MARAEDEAGMAIL.COM 195199169-3685			
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"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <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: 3906

CONTA: 20.000 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

Salicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo, 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no 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	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viverá)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado												

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.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA Vista - RR, 17/10/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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 Nº: 9154/2020 - Registrado em: 18/08/2020 às 21h 01min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 03/03/2020 às 19h 10min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: JOSÉ MARTINS VIEIRA

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: JARDIM EQUATORIAL

Tipo de local: SUPERMERCADO

Referência: PRÓXIMO SUPERMERCADO GAVIÃO

Complemento: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS (20), nascido(a) em 03/05/2000, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 040.541.932-50, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARIA DO SOCORRO EVANGELISTA DOS SANTOS e ANTONIO MACHADO DOS SANTOS, endereço: RUA HC 14, cep: 69316-484, Nº: 767, bairro: SENADOR HELIO CAMPOS, BOA VISTA-RR, complemento: CHÁCARA, referência: CHÁCARA DO NETO, Telefone: (95) 99138-3265.

OBJETOS

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE INFORMA QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADO ACONTECEU O SEGUINTE FATO: QUE TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA /TITAN 150 PLACA NAK0453 COR VERMELHA RENAVAN: 00199914419, CHASSI: 9C2KC1620AR028757, DE PROPRIEDADE DE MARIA DO SOCORRO EVANGELISTA DOS SANTOS, QUANDO DE REPENTE UM VEÍCULO GOL BRANCO AVANÇOU A SUA PREFERENCIAL VINDO A COLIDIR COM A COMUNICANTE. COM O IMPACTO, ELA VEIO AO CHÃO SOFRENDO FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA, ONDE A MOTORISTA DO CARRO CITADO SOCORREU A MESMA ATÉ O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA-HGR, PARA OS DEVIDOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS.

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

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000887
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

x Isabelle Evangelista dos Santos
ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS
COMUNICANTE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	040.541.932-50	JABELE EVANGELISTA DO SANTOS	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	JABELE EVANGELISTA DO SANTOS		6 - CPF:
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
ATIVIMENTE	RUA HC 14	767	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
SENADOR Helio Campos	BOA VISTA	RR	69.316-484
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD):		
SANTAMARIA.MARAEDEAGMAIL.COM 195199169-3685			
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"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <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: 3906

CONTA: 20.000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

Salicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo, 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no 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	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viver):	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado												

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.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, _____

Boa Vista - RR, 17/10/2020.

Jabéle Evangelista dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: 30/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

BANCO: 104

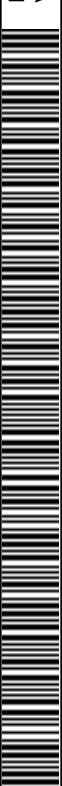
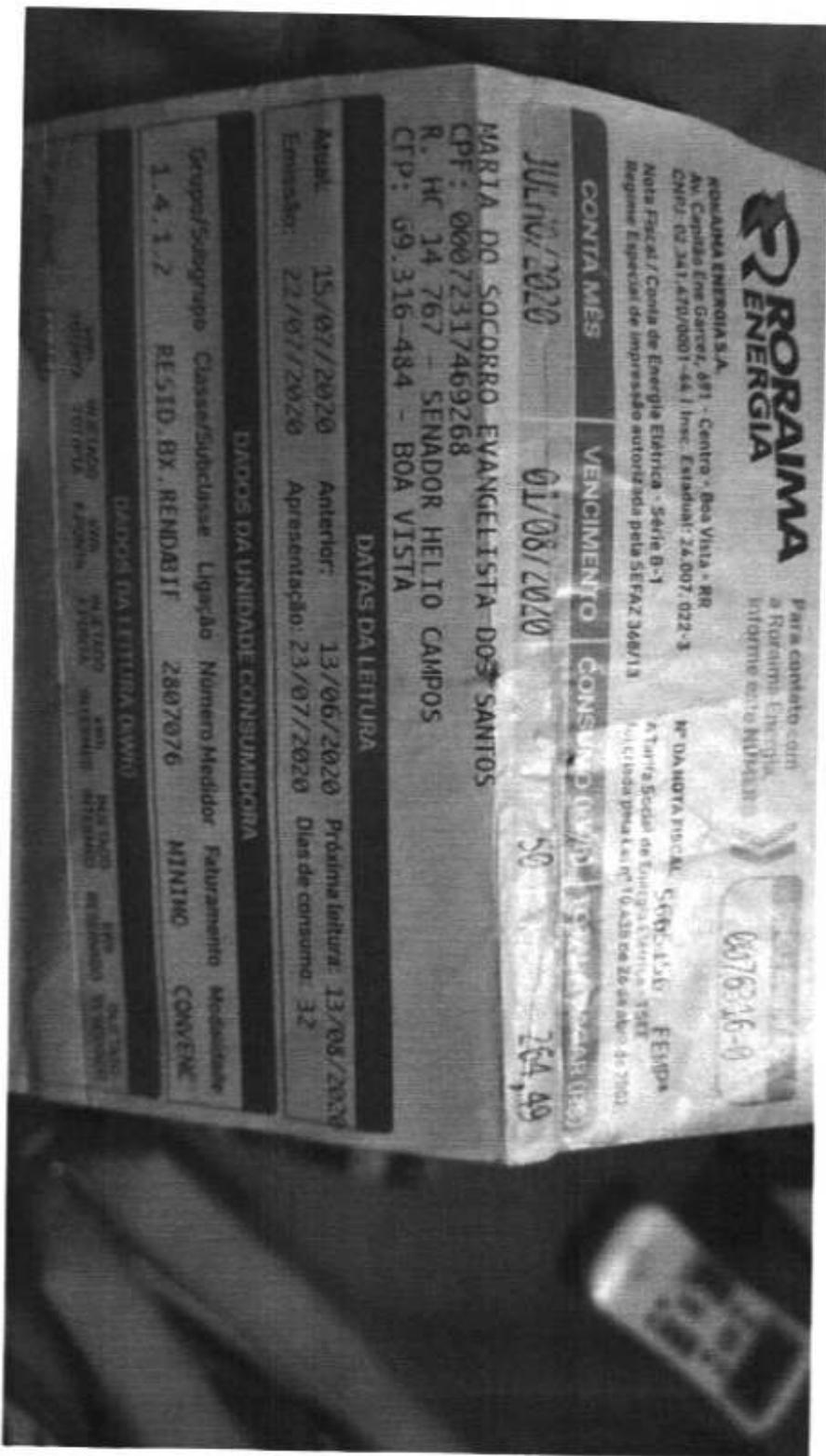
AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000020000-5

Nr. da Autenticação AA26CD447A6AE94B



(2) WhatsApp



RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO: **0032588-0**

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Barreto, 671 - 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: 5405120 FCAM*
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 16.438 de 24 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,07

ROHARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA
CPF: 00087608650249

DADOS DA LEITURA							
Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	21/07/2020		
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	30		
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA							
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçāo	Número Medidor	Faturamento	Modalidade		
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC		

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	KWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	KWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	KWh RESERVADO
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1.000						
Resíduo							
Medido	298						
Faturado:	298						

DESCRICAÇÃO DA CONTA							
CONSUMO	298	A R\$	0,755234	=	225,05		
ILUMINACAO PUBLICA					29,02		

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDIDAS					
TARIFA SEM IMBUTÍCOS:	0 A 298 - 0,517770	0	12	13	18	194	239
							280
							323
							298
							298



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www1.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBI/IOTECAWEB/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 falsa 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 José SANTANA Feijó Grinheiros inscrito (a) no CPF 627.942.803-68,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ISABELLE EVANGELISTA DA SANTO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 040.541.932-50, do sinistro de DPVAT cobertura IMBALIOZ da Vítima
ISABELLE EVANGELISTA DA SANTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.541.932-50, 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	Rua Gideão	Número	312	Complemento	Casa
Bairro	Nova Canaã	Cidade	Boa Vista	Estado	RR
Email	SANTANA.Grinheiros@gmail.com	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	195199169-3685

Boa Vista, 14 de Setembro de 2020

Local e Data

Assinatura do Declarante



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

Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação _____
____ Vermelho
____ Laranja
____ Amarelo
____ Verde
____ Azul Ass.:

Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

03/03/2020 19:36:36	FICHA DE ATENDIMENTO / TRAUMATOLOGIA					NOTURNO 19-4																											
Paciente ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS	Data Nascimento 03/05/2000	Idade 19 A 10 M 0 D	CNS 706007323524346	CPF 04054193250	Prontuário																												
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 4699343	Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão 14/11/2013	Sexo F	Estatuto Civil SOLTEIRO(A)/PARDA	Raça/Cor BOA VISTA - RR	Naturalidade NACIONAL	Nacionalidade BRASILEIRA																									
Mãe MARIA DO SOCORRO EVANGELISTA DOS SANTOS				Pai ANTONIO MACHADO DOS SANTOS	Contato (95) 99121-4640		Ocupação																										
Endereço RUA - HC-14 - 767 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR																																	
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal																												
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Poso	Pressão																											
Selar GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA	Procedimento Sol.		Registrado por: CLAUDECI RODRIGUES																													
Queixa Principal <i>Doença de reto.</i>	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue																																
Anamnese de Enfermagem	<table border="1"> <tr> <td>GSC</td> <td>TOTAL</td> </tr> <tr> <td>AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456</td> <td></td> </tr> </table>							GSC	TOTAL	AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456																							
GSC	TOTAL																																
AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456																																	
Anamnese (HORA DA CONSULTA - <u>11</u> h) <i>Venho vítima de febre de reto, sobre vam</i>																																	
Exame Físico <i>do HSE</i>																																	
Hipótese Diagnóstica <i>Fração de clavícula</i>																																	
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> LTC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESCRIÇÃO</th> <th>APRAZAMENTO</th> <th>OBSERVAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO																								
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO																															
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedia</i>	<p style="text-align: right; margin-right: 100px;"> <i>Dr. J. H. Perez / RG: 116</i> <i>CRM: 15559 / CRGE: 116</i> <i>CRM: 15559 / CRGE: 116</i> </p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Ambulatório</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Internação</td></tr> <tr><td>Data e Hora da Saída/Alta: / / / / /</td></tr> </table>							<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)	<input type="checkbox"/> Internação	Data e Hora da Saída/Alta: / / / / /																						
<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 e Assinatura do Médico

Impresso por: claudeci.rodrigues
Data Hora: 03/03/2020 19:37:25



9-2012
Autodesk Revit Architecture 2012
Walls - Components and Groups

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrs.br/projudi/> - Identificador: PJJDQP_KPXUW D2

Trauma contuso no abdômen

↓ Queda de moto

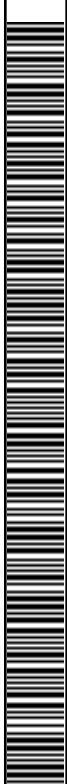
Po: Fractura de clavícula

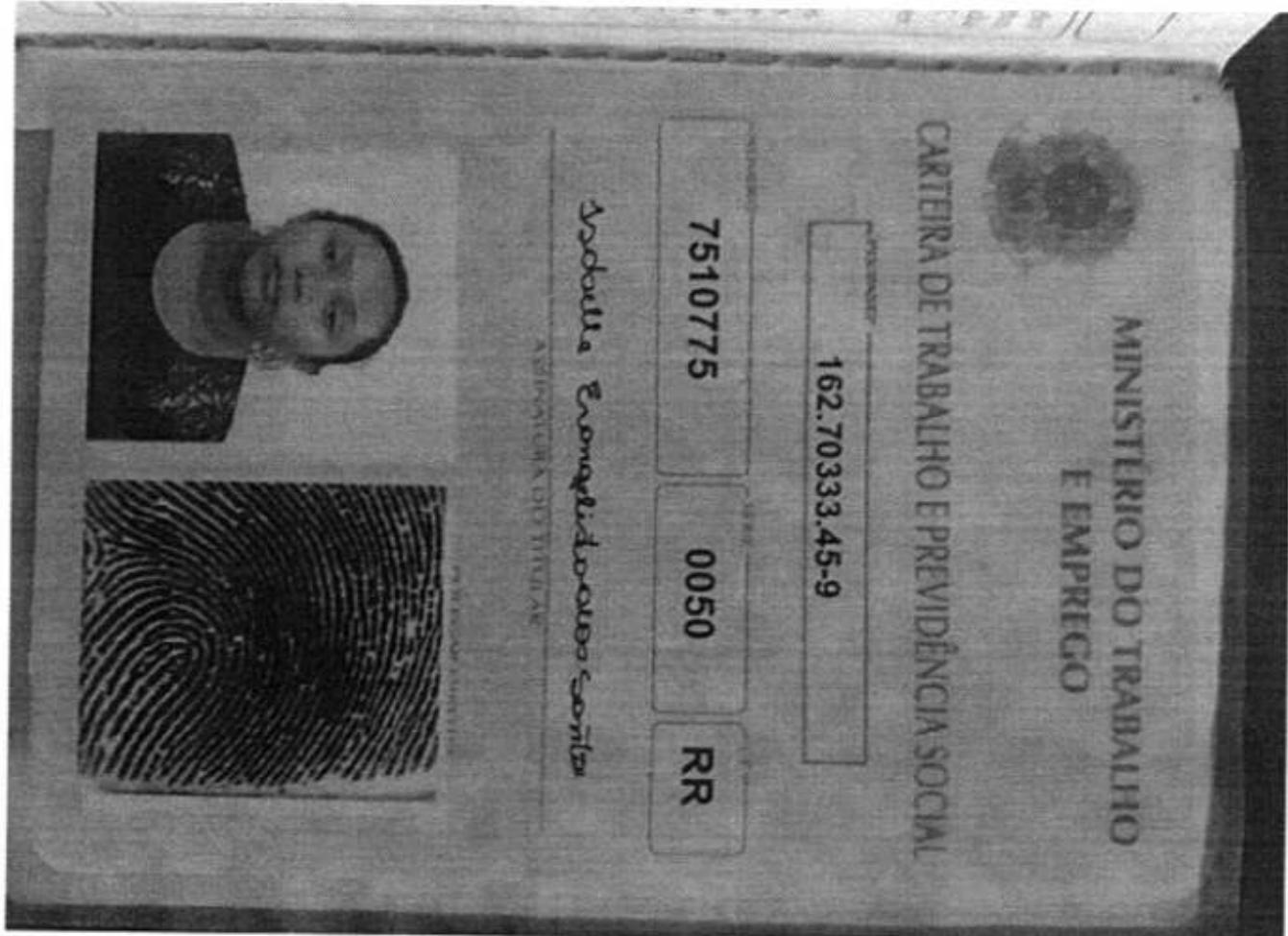
Cel. - Tipos
- Receta
- Ao HEM

Dr. Joaquim Lopes
CRM-PB 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDQP KPXUW D2XLH L4JYU



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDQP KPXUW D2XLH L4JUV





ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

FILIAÇÃO.....: MARIA DO SOCORRO EVANGELISTA DOS SANTOS
ANTONIO MACHADO DOS SANTOS

NASCIMENTO....: 03/05/2000

ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO....: R.G. - 4699343 - 14/11/2013 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 040.541.932-50

TIT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO.: 17/05/2018

CNH.....:

SEÇÃO:

ZONA:

Magre Isabella Flora

MAURICIO PELON DELLA FLORA
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

Document assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, leia o link: <https://projudijrr.us.br/projudejrr>. Verifique se esse é o documento: PROJUDI-RJ-DXAH-PAVWU

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200338198 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/03/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 2

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

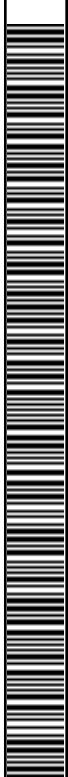
Documentos complementares:

Observações:

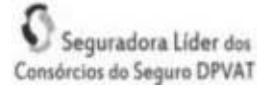
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266768/20

Vítima: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

CPF: 040.541.932-50

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/03/2020

Titular do CPF: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS : 040.541.932-50

- 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: 21/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ATENDENTE RG: 46.99343.55P7 RR
CPF: 040.546.932-50 ENDEREÇO: RUA HC 14 N° 767
BAIRRO: SENADOR FELIPE CAMPOS CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP 69.316-484.

VÍTIMA: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS
CPF: 040.546.932-50 DATA DO ACIDENTE:
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:

NOME: José Santana Feitosa Guimarães
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
Nº DO RG: 144876399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: 677.942.803-68
ENDERECO: RUA CIDADE N° 312 BAIRRO: NOVA CANÁ

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 Líder, 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.

Boa Vista-RR, 17 de maio de 2020

Isabell Evangelista dos Santos
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266768/20

Vítima: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

CPF: 040.541.932-50

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/03/2020

Titular do CPF: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS : 040.541.932-50

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: 21/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO