

**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:**  
**2945490620201230102427**

**Processo 0831358-06.2020.8.23.0010  - (21 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)																																							
<b>Realces</b> 																																												
<b>Realçar Movimentos de:</b> <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 <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																																												
<b>Filtros</b> 																																												
	<b>Movimentado Por:</b> <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																																											
	<b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/>																																											
	<b>Descrição:</b> <input type="text"/>																																											
6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6																																												
<span style="float: right;">500 por pág.  1</span> <table border="1"><thead><tr><th>Seq.</th><th>Data</th><th>Evento</th><th>Movimentado Por</th></tr></thead><tbody><tr><td>[-]</td><td>6 30/12/2020 10:24:27</td><td><b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b></td><td>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6.1 Arquivo: Petição</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775461CONTESTACAO01.pdf Público</td></tr><tr><td></td><td></td><td>6.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775461CONTESTACAOAnexo02.pdf Público</td></tr><tr><td></td><td></td><td>6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KITSEGURADORALIDER.pdf Público</td></tr><tr><td>5</td><td>08/12/2020 17:22:55</td><td><b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b></td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>4</td><td>08/12/2020 17:22:55</td><td><b>RECEBIDOS OS AUTOS</b></td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>3</td><td>08/12/2020 17:22:55</td><td><b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>2</td><td>08/12/2020 17:22:55</td><td><b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 5ª Vara Cível</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>[-]</td><td>1 08/12/2020 17:22:55</td><td><b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b></td><td>Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b></td></tr></tbody></table>					Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	[-]	6 30/12/2020 10:24:27	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>			6.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775461CONTESTACAO01.pdf Público			6.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775461CONTESTACAOAnexo02.pdf Público			6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KITSEGURADORALIDER.pdf Público	5	08/12/2020 17:22:55	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ	4	08/12/2020 17:22:55	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ	3	08/12/2020 17:22:55	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	2	08/12/2020 17:22:55	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ	[-]	1 08/12/2020 17:22:55	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b>
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por																																									
[-]	6 30/12/2020 10:24:27	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>																																									
		6.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775461CONTESTACAO01.pdf Público																																									
		6.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775461CONTESTACAOAnexo02.pdf Público																																									
		6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KITSEGURADORALIDER.pdf Público																																									
5	08/12/2020 17:22:55	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ																																									
4	08/12/2020 17:22:55	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ																																									
3	08/12/2020 17:22:55	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ																																									
2	08/12/2020 17:22:55	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ																																									
[-]	1 08/12/2020 17:22:55	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b>																																									



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 16 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200213814**

**Vítima: JESSICA SILVA MARTINS**

**Data do Acidente: 15/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JESSICA SILVA MARTINS**

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 15859958





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 16 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200213814**

**Vítima: JESSICA SILVA MARTINS**

**Data do Acidente: 15/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JESSICA SILVA MARTINS**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 0149901500 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15861347

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: PJ5XP X63UH L5Z2L XS4GU



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

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:

033.108.852-59

4 - Nome completo da vítima:

Jessica Silva Martins

5 - Nome completo:

Jessica Silva Martins

6 - CPF:

033.108.852-59

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Rua: Curitiba

9 - Número:

716

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Nova Esperança

12 - Cidade:

Bea Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300-000

15 - E-mail:

ILOIRRRA@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(95)98404-5368

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:

CONTA:

(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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.jus.br/projudi/irr\_jus.bl/validar/ - Identificador: PJ5XP X63UH L5Z2L XS4GU

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (val/nascer)?

Sim

Não

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bea Vista - RR, 15/10/2020

Jessica Silva Martins

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 3382/2020 - Registrado em: 20/05/2020 às 15h 31min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 15/02/2020 às 09h 50min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ESTRELA DALVA

Nº: S-N

CEP: 69316-002

Bairro: RAIAR DO SOL

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: PROXIMO AO SUPERMERCADO DB

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

JESSICA SILVA MARTINS(19), nascido(a) em 29/04/2001, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ESTUDANTE, CPF Nº 033.108.852-59, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARILENE OLIVEIRA DA SILVA e JOSE DE SOUZA MARTINS, endereço: CURITIBA, cep: 69316-192, Nº: 716, bairro: NOVA CIDADE, BOA VISTA-RR, referência: PROXIMO AO SUPERMERCADO SÃO FRANCISCO, Telefone: (95) 99146-6342.

**OBJETOS**

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA A COMUNICANTE (VITIMA) QUE ESTAVA DE CARONA COM UM COLEGA EM SUA MOTOCICLETA HONDA CRIPTON VERMELHA (NÃO SABE INFORMAR A PLACA), TRAFEGANDO NA AVENIDA ESTRELA DALVA SENTIDO AO BAIRRO PINTOLANDIA, QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA EM SUA FRENTE DE FORMA BRUSCA FEZ UMA MANOBRA PARA VIRAR PARA ESQUERDA EM UMA RUA, SEM DAR NENHUMA SINALIZAÇÃO, BEM COMO, SEM DAR CHANCES PARA O CONDUTOR FREAR OU DESVIAR DA MOTOCICLETA, SE CHOCANDO NA TRASEIRA DESTE, LEVANDO O CONDUTOR E A COMUNICANTE AO CHÃO, SOFRENDO A COMUNICANTE FRATURA DE PÉ ESQUERDO, EIS O RELATO.

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

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

  
JESSICA SILVA MARTINS  
COMUNICANTE



**RORAIMA ENERGIA**

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Garçaz, 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-3  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO: **0083175-1**

SEU CÓDIGO: **0083175-1**

Nº da Nota Fiscal: **4359862**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é fixa  
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

FCAM\*

**CONTA MÊS**  
JANEIRO/2020 06/02/2020

**CONSUMO** 744 772,45

**CPF:** 00000167661272

**DADOS DA LEITURA (RSR)**

Atual:	53618
Anterior:	52874
Dias de consumo:	30
Constante de Multiplicador:	1.000
Consumo medido:	744
Consumo Faturado:	744

**DATAS DA LEITURA**

Atual:	06/01/2020
Anterior:	06/12/2019
Próxima leitura:	07/01/2020
Emissão:	07/01/2020
Aproveitamento:	09/01/2020

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

Grupo/Subgrupo:	1.1.1.1
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	MONO
Número Medidor:	E272526
Forma de Faturamento:	NORMAL
Medidor:	1 1516761

**CONSUMO**

CORRECAO MONETARIA DA 11/19/00	744 A R\$ 0,760481 =	565,79
CORRECAO MONETARIA TCD (TG 4/20)		0,03
CORRECAO MONETARIA TG 11/19/00		0,42
MULTA POR ATRASO DE I 11/19/00		2,91
JUROS DE MORA POR ATR 11/19/00		1,26
MULTA POR ATRASO 11/19/00		0,33
PARCELAMENTO DE DEBITO 4/20		11,05
JUROS DE MORA DE IMPO 11/19/00		144,43
ILUMINACAO PUBLICA		4,42
		41,81

**RESUMO DE FATURAMENTO**

JAN/19	489
FEV/19	481
MAR/19	563
ABR/19	671
MAY/19	518
JUN/19	497
JUL/19	713
AGO/19	668
SET/19	13
OUT/19	255
NOV/19	595
DEZ/19	524
JAN/20	744

**MÉDIA 12 MESES**

**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

1. Ida à consumidora. Sufete à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/01/2020. O não pagamento poderá ensejar a inclusão do nome do consumidor na SERDAH.  
2. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.  
Mês: Ano: Valor: R\$ 12/2019 706,57

LIGUE 8822913120 E-BADA OPÇÃO VENCIMENTO 1 E 11 16 21 26

**RESERVADO AO FISCO** A737.9880.4578.9499.7FE9.76BZ.9EZF.4728

**COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$**

Base de Cálculo:	565,79
Energia:	507,50
Encargos:	17,41
ISS/NF:	104,98
Tributos:	106,17
Transmissão:	0,00

**IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$**

Base de Cálculo:	565,79
ICMS:	7,28
PIS:	0,81
COFINS:	3,45

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

Mês:	8,85
Último:	17,70
Anterior:	35,40
Mês:	8,46
Último:	16,52
Anterior:	33,84
Mês:	4,82
Último:	4,29
Anterior:	4,29

Período de operação: 11/2019

**TOTAL A PAGAR - R\$** 772,45

**MÊS FATURADO** 01/2020

**VENCIMENTO** 06/02/2020

Nº da Nota Fiscal: 4359862 FCAM\*

83670000007 5 72450075000 0 00000000083 6 17510120008 7

SEQ.: 0213 UC: 0083175-1 DT.LEIT.: 08/01/2020 T.ENTR.: 07  
LEITURA: S3618 NORHAL

**RORAIMA ENERGIA**

a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO // **0109029-1**

**RORAIMA ENERGIA S.A.**  
Av. Capitão Elio Gómez, 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: 4676382**  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

**FCAM\***

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	11/03/2020	308	277,67
CPF: 00078305151204			

**ILÓR INACIO DE SOUZA**  
R. ANTONIO P GALVÃO 1832 6 - BURITIS  
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (kWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 548 Anterior: 240 Dias de consumo: 28 Constante de Multiplicação: 1,000 Consumo medido: 308 Consumo Faturado: 308	Atual: 21/02/2020 Anterior: 24/01/2020 Próxima leitura: 21/03/2020 Emissão: 20/02/2020 Apresentação: 21/02/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Ligaçao: BIPÁSICA Número Medidor: TDB1910534 Forma de Faturamento: NORMAL Modalidade: N 1519404

**DESCRÍÇÃO DA CONTA**

CONSUMO	308 A R\$ 0,765725 = 235,84
ILUMINAÇÃO PÚBLICA	41,83

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

**TARIFA SEM TRIBUTOS:**  
R\$ 0,617770

**HISTÓRICO DE MEDICÃO**

Mês/Ano	Valor R\$
FEV/19	203
MAR/19	279
ABR/19	269
MAI/19	168
JUN/19	206
JUL/19	13
AGO/19	133
SET/19	172
OUT/19	173
NOV/19	138
DEZ/19	121
JAN/20	240
FEV/20	308

**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/03/2020, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento pode levar também à inclusão do nome do consumidor na CEREGE. Informações ainda existem em contas vencidas(s) e já revisada(s) no valor de R\$ 134,81 (valor vencido). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mês/Ano Valor R\$  
01/2020 268,66

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

**RESERVADO AO FISCO**

**COMPOSIÇÃO DA CONTA** R\$ 207,57 - DIFTA 35,83 - PRAZOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$ 0,00

Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALIQUOTA	VALOR
<b>Distribuição:</b> 127,32	Tributos: 7,21	235,84	ICMS: 17,00%	40,89
Transmissão: 55,76	45,55		PIS: 0,41%	0,96
0,00			COFINS: 1,91%	4,58

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

DIC	FIC	DMIC	DICRI
Mensal Trimestral Anual	Mensal Trimestral Anual	Mensal	Mensal
9,24 18,49 36,99	8,46 16,92 33,84	4,99	
<b>Limite</b> 0,00	0,00	0,00	
<b>Realizado</b> 0,00	0,00	0,00	
Período de apuração: 12/2019 EUSD: 36,46			

ROT: 5.001.12.04.021730

**RORAIMA ENERGIA**

**SEU CÓDIGO** **0109029-1** **TOTAL A PAGAR - R\$** **277,67**

**MÊS FATURADO** **02/2020** **VENCIMENTO** **11/03/2020**

**Nº da Nota Fiscal: 4676382** **FCAM\***

83680000002 5 77670075000 8 00000000109 9 02910220008 5

SEQ.: 0151 UC: 0109029-1 DT.LEIT.: 21/02/2020 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 548 NORMAL TOTAL: 277,67 CARGA: 008  
DT.VENC.: 11/03/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4021



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Ovidoria: 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº99.613/98.

Pelo exposto, eu

*Jessica Brálio de Souza*

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

inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.108.852 / 59

do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Jessica Silva Martins

inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.108.852 / 59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço: Rua: Antônio P. Galvão

Número: 1832 Complemento:

Bairro: Buritis

Cidade: Boa Vista

Estado: RR

CEP: 69.309-209

E-mail: ELOERRR@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD): (95) 98404-53

Local e Data: Boa Vista - RR,

Assinatura do Declarante



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

Classificação  Reclassificação \_\_\_\_\_

Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.: \_\_\_\_\_

Reclassificação ~~anterior~~  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.:

Av. Brigadeiro Eduardo Gómez, 3000		Azul Ass.	Azul Ass.	DIURNO 07-19		
2001220695	15/02/2020 10:45:05	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
JESSICA SILVA MARTINS		29/04/2001	18 A 9 M 16 D	162461274610004	03310885259	
Documento		Órgão Emissor	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade	
REGISTRO N 6122		MUCAJAI	UNIAO	PARDA	MUCAJAI - RR	BRASILEIRA
Mãe		Data Emissão	Sexo			
MARILENE OLIVEIRA DA SILVA		17/07/2001	F			
Endereço	JOSE DE SOUZA MARTINS					
RUA - CURITIBA - 716 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		Procedimento Sol.			
Setor	Tipo de Chegada			Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL			ELIENE		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL
					AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)						
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica						
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	
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:					
Óbito	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica					
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família		

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

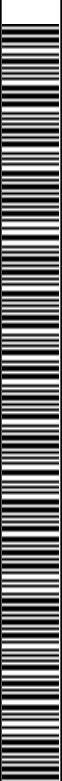
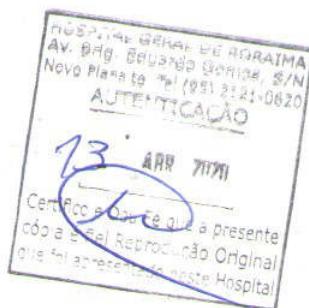
### **Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: eliene  
Data Hora: 15/02/2020 11:24:24

Ortopedico Dr. (Assinado) / Ma  
muito ruim social com rotula  
no 3 mês com queijo de dor  
em 3º 4º 5º MTRD. Exortos em last de  
sofrimento em colo 3º  
3º 4º 5º mTRD.

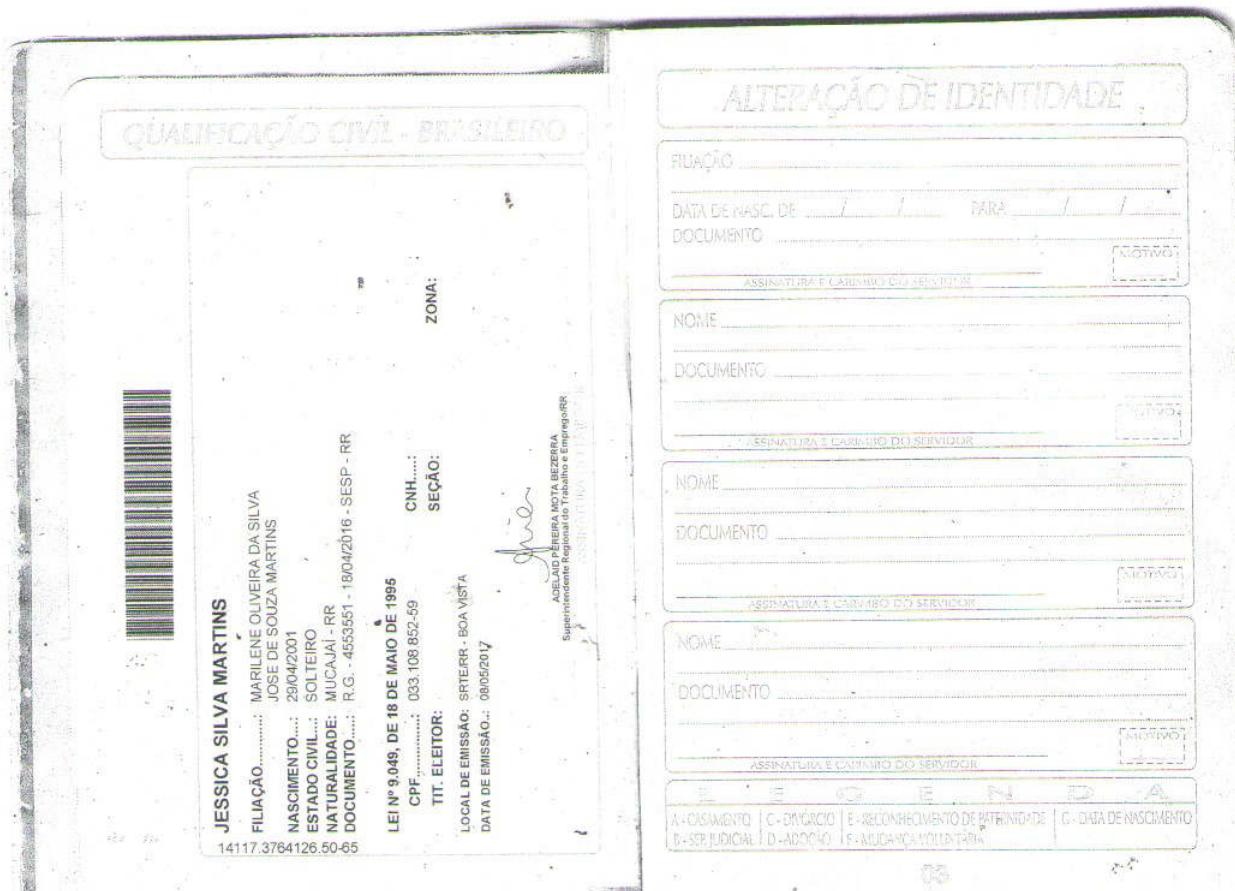
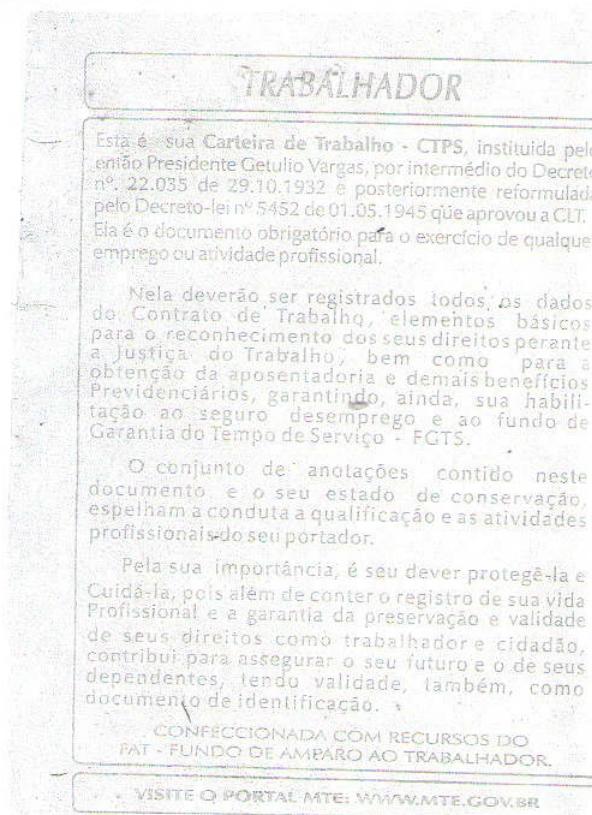
Dr. Beto Genuino em MID  
+ Acromionian (B + A) NE + ATB + And

MP





14 OUT. 2019



PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME: Jessie Silva Martin

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônomo  
IDENTIDADE: 45553551 SSP

ENDEREÇO: R: Unidade 735 novas edif.

OUTORGADO

NOME: Heinrich Höövels der Jüngere

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônoma

IDENTIDADE: 114.807 SSP-RR

ENDEREÇO: R: Antônio p. Galvão (833)

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165868/20

**Vítima:** JESSICA SILVA MARTINS

**Data do acidente:** 15/02/2020

**CPF:** 033.108.852-59

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JESSICA SILVA MARTINS

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### 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

#### JESSICA SILVA MARTINS : 033.108.852-59

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](http://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: 15/06/2020  
Nome: JESSICA SILVA MARTINS  
CPF: 033.108.852-59

JESSICA SILVA MARTINS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO