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: 2958589320210122163314

Processo 0831684-63.2020.8.23.0010 ☆ - (41 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:

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág. **1**

	Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
⊟	6	22/01/2021 16:33:14	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO**	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO **Procurador**

6.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⋮ 2776455CONTESTACAO01.pdf	Público
6.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⋮ 2776455CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⋮ KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público

	Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
	5	11/12/2020 17:32:31	**CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL**	SISTEMA CNJ
	4	11/12/2020 17:32:31	**RECEBIDOS OS AUTOS**	SISTEMA CNJ
	3	11/12/2020 17:32:31	**REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR** Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
	2	11/12/2020 17:32:31	**DISTRIBUÍDO POR SORTEIO** 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
⊞	1	11/12/2020 17:32:31	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL**	Thiago Amorim Dos Santos **Advogado**

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190653012 **Vítima: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO**

Data do Acidente: 01/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

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 15153072

Pag. 00421/00422 - carta_01 - INVALIDEZ

00040211

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190653012 **Vítima: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO**

Data do Acidente: 01/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

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.
A documentação médica anexada, datada de 01/08/2018, emitida pelo Dr. MARCIO FREIRE DE MELO LIMA, CRM nº 1613 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01429/01430 - carta_31 - INVALIDEZ

00050715

Carta nº 15180990

Seguradora **LÍDER**
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:
CPF da Vítima: 82282579291
Nome completo da vítima: LINDSAY DO N. RIBEIRO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO
CPF titular da conta: 82282579291
Profissão: ATEND. DE CAIXA
Endereço:
Número:
Complemento:
Bairro:
Cidade: BOA VISTA
Estado: RR
CEP:
Email: LUANNA.SOUZZA71@HOTMAIL.COM
Telefone (DDD): (095) 99116.8367

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA
☐ ATÉ R$ 1.000,00
☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome NRO
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

BOA VISTA, 15 de OUTUBRO de 2018.
Loc&l e D&t&

Lindsay do Nascimento Ribeiro.
C&mpo 1 - Assin&tur& do Benefici&rio

C&mpo 2 - Assin&tur& do Represent&nte Leg&l

FAPPF.001 V001/2017

21 NOV 2019

99125-7619

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034730/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/08/2018 08:27   Data/Hora Fim: 31/08/2018 08:43
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 31/08/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 01/08/2018 13:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)   Bairro: Caimbé
Logradouro: Av. ataide teive

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira   Naturalidade: RR - Caracaraí   Sexo: Feminino   Nasc: 06/03/1980
Profissão: Comerciário
Nome da Mãe: Maria das Dores Nascimento Ribeiro

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua foz do iguaçu   Nº: 1048
Bairro: equatorial
Telefone: (95) 99125-7619 (Celular)

21 NOV. 2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo   **Subgrupo:** Motocicleta/Motoneta
Placa: NAS7439   **Número do Chassi:** ****************55445
Ano/Modelo Fabricação: 2010/2010   **Cor:** Laranja
UF Veículo: Roraima   **Município Veículo:** Boa Vista
Marca/Modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX EX   **Modelo:** HONDA/CG150 TITAN MIX EX
Veículo Adulterado? Não   **Quantidade:** 1 Unidade
Situação: Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Lindsay do Nascimento Ribeiro	Possuidor

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034730/2018

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada informa que, no local e data supracitados, conduzia a sua motocicleta quando, em dado momento, uma bicicleta cruzou a sua frente causando a colisão entre os veículos. Tal colisão causou algumas lesões corporais na comunicante. Após o acidente a comunicante foi socorrida pela equipe do SAMU que a enviou ao HGR para que fossem tomadas as providencias medicas cabiveis. É o relato.

ASSINATURAS

DAT
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Fernando Figueiredo
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento

Lindsay do Nascimento Ribeiro.
Lindsay do Nascimento Ribeiro
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins [illegible] responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Comunicação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

21 NOV. 2019

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 822.825.792-91	Nome completo da vítima: Bindsay do Nascimento Ribeiro

DADOS CADASTRAIS

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

Nome completo: Bindsay do Nascimento Ribeiro			CPF: 822.825.792-91
Profissão: Comerciaria	Endereço: Rua: Foz do Iguaçu	Número:	Complemento:
Bairro: Buritis	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP:
E-mail: Ilairu@hotmail.com			Tel.(DDD): (95)99154-4282

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA
☐ ATÉ R$1.000,00
☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00
☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00
☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00
☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00
☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3024 ☐ CONTA: 1696 4 | 9
(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

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):**

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:
Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Boa Vista - RR, 18/11/2019
Nome: Bindsay do Nascimento Ribeiro
CPF: 822.825.792-91

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Bindsay do Nascimento Ribeiro.
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome:
CPF:
Assinatura

2ª | Nome:
CPF:
Assinatura

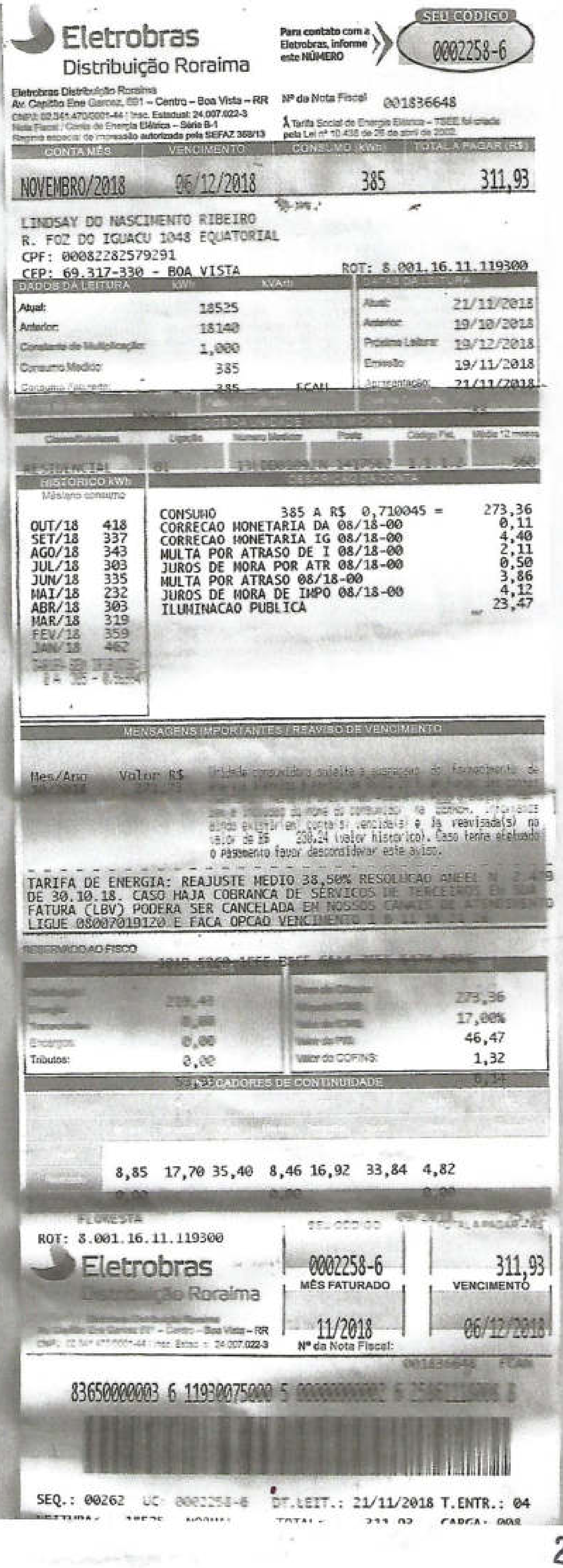
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

21 NOV. 2019



Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0002258-6

Eletrobras Distribuição Roraima
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 369/13

Nº da Nota Fiscal 001836648

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$)
NOVEMBRO/2018	06/12/2018	385	311,93

LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO
R. FOZ DO IGUACU 1048 EQUATORIAL
CPF: 00082282579291
CEP: 69.317-330 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.11.119300

DADOS DA LEITURA	KWh	KVArh
Atual:	18525	
Anterior:	18140	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	385	
Consumo Faturado:	385	FCAN

DATAS DE LEITURA	
Atual:	21/11/2018
Anterior:	19/10/2018
Próxima Leitura:	19/12/2018
Emissão:	19/11/2018
Apresentação:	21/11/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fis.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	360

HISTÓRICO KWh
Mês/ano consumo

OUT/18	418
SET/18	337
AGO/18	343
JUL/18	303
JUN/18	335
MAI/18	232
ABR/18	303
MAR/18	319
FEV/18	359
JAN/18	462

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 385 A R$ 0,710045 =	273,36
CORRECAO MONETARIA DA 08/18-00	0,11
CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	4,40
MULTA POR ATRASO DE I 08/18-00	2,11
JUROS DE MORA POR ATR 08/18-00	0,50
MULTA POR ATRASO 08/18-00	3,86
JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	4,12
ILUMINACAO PUBLICA	23,47

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R$

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de [illegible] ... no nome do consumidor na [illegible]. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavisada(s) no valor de R$ 238,24 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO 38,50% RESOLUCAO ANEEL N 2.4[illegible] DE 30.10.18. CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO LIGUE 08007019120 E FACA OPCAO VENCIMENTO [illegible]

RESERVADO AO FISCO

[illegible]	[illegible]	[illegible]	273,36
[illegible]	[illegible]	[illegible]	17,00%
Encargos:	0,00	Valor do PIS:	46,47
Tributos:	0,00	Valor do COFINS:	1,32

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82

ROT: 8.001.16.11.119300

Eletrobras
Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Insc. Estad.: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR R$
0002258-6	311,93
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
11/2018	06/12/2018

Nº da Nota Fiscal: 001836648 FCAN

83650000003 6 11930075000 5 [illegible]

SEQ.: 00262 UC: 0002258-6 DT.LEIT.: 21/11/2018 T.ENTR.: 04

21 NOV. 2019

RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2
BURITIS 69309209 BOA VISTA RR

CÓDIGO ÚNICO **1089153**	MÊS **02/2019**	PERÍODO DE CONSUMO **25-JAN-19 a 22-FEB-19**
CONSUMO (kWh) **237**	VENCIMENTO **11-MAR-19**	TOTAL A PAGAR **R$ 229,20**

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO **1089153**	MÊS **02/2019**	TOTAL A PAGAR **R$ 229,20**

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052

21 NOV. 2019

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Sousa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Linsay do nascimento Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 822.825.797 91,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Linsay do nascimento Ribeiro

inscrito (a) no CPF sob o Nº 822.825.792 / 91, 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 Antônio Pinheiro Galvão
Número: 1832
Complemento:
Bairro: Buritis
Cidade: Boa Vista
Estado: RR
CEP: 69.309-209
E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.com
Tel.(DDD): (95)98403-5060

Local e Data: ______________

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

21 NOV. 2019

01/09/2018 ..:: Guia de Atendimento 02 ::..

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

NHE-HGR

1800989455 01/08/2018 14:20:57 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07 19 31

Paciente **LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO**			Data Nascimento **06/03/1980**	Idade **38 A 4 M 26 D**	CNS **708502324941878**	CPF **82282579291**
Tipo Doc **IDENTIDADE**	Documento **228785**	Órgão Emissor **SP RR**	Data Emissão **07/06/2000**	Sexo **F**	Estado Civil **UNIAO ESTAVEL**	Raça/Cor **PARDA**
Naturalidade **CARACARAI - RR**	Nacionalidade **BRASILEIRA**					Prontuário
Mãe **MARIA DAS DORES NASCIMENTO RIBEIRO**			**NI**	Contato **(95) 99158-4411**		
Endereço **RUA - FOZ DO IGUAÇU - 1048 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR**					Ocupação **NÃO INFORMADA**	

Class. de Risco	Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**	Nº da Carteira	Validado	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO**	Caráter do Atendimento **URGÊNCIA**	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA**	Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL**	Procedimento Sol.		Registrado por: **DANIEL.SILVA**		

Queixa Principal ( )**Síndrome Febril** ( )**Sintomático Respiratório** ( ) **Suspeita de Dengue**

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)

Queda de moto s/ TCE, leve
dor + limitação funcional de ombro (D)

Exame Físico

BEG LOTG
MV+ s/RA, BNF 2T RCR abd + pelve indolente

Hipótese Diagnóstica

Trauma de ombro (D)

SADT - Exames Complementares

( ) RAIO-X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO	**APRAZAMENTO**	**OBSERVAÇÃO**
1) Dipirona 1g EV 2) Plasil 10mg EV		

Tiago Melo... Dias
Médico
CRM-RR 1883

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
2 SET. 2019
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

Conduta
( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revelia
( ) Transferência para:

Ambulatório Ortopedia

( ) Ambulatório
( ) Observação (Até 24h)
( ) Internação
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

Márcio
CRM-RR 1618

Impresso por: **daniel.silva**
Data Hora: **01/08/2018 14:22:10**

1800989455

21 NOV. 2019

PREFEITURA BOA VISTA

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1124

192

UNIDADE: Bravo I EQUIPE: Jesu / Brasil / Daniel

Paciente: Lindsay do Nascimento Ribeiro Idade: 37 Sexo: F
Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca[ ] Negra [ ] Parda [x] Amarela[ ] Indigena-Etnia
Endereço: AV. Ataíde Teive Caimbé Bairro Caimbé
Nº 14.321. DATA 31/08/18
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Dra. [illegible]
MOTIVO DO ACIONAMENTO: Moto x Bike
HORA J/9 13:54 BASE [x] VIA ( ) [x] RÁDIO
HORA J/10 13:54 14:21 ( )CELULAR

ACIONAMENTO [✓] SOCORRO [x] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NA BASE [ ] OUTRO
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )

AVALIACAO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na cena do acidente)

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL
- [ ] Capotamento
- [ ] Atropelamento
- [ ] Colisão AUTO x
- [ ] Motorista
- [ ] Passageiro Banco dianteiro
- [ ] Passageiro Banco traseiro

PEDESTRE
- [ ] Atropelamento [ ] CICLOVIA
- [ ] VIA [ ] CALÇADA [ ] FAIXA

AUTOMÓVEL
- [ ] Uso do cinto
- [ ] Vitima projetada
- [ ] Vitima encarcerada
- [ ] Air Bag Acionado

MOTOCICLETA / BICICLETA
- [x] Colisão MOTO X
- [ ] Queda de moto
- [ ] Atropelamento
- [ ] Queda de Bicicleta
- [✓] Piloto
- [x] Com capacete
- [ ] Sem capacete
- [ ] Garupa

VIOLÊNCIA
- [ ] FAB
- [ ] FAF
- [ ] Espancamento
- [ ] Violência Doméstica
- [ ] Violência Sexual
- [ ] Tentativa de suicidio
- [ ] Outro:

OUTROS
- [ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto
- [ ] Queda, Altura aprox.
- [ ] Acidente Doméstico
- [ ] Queimadura Agente
- [ ] Afogamento
- [ ] Agressão p/ animal
- [x] Outros: Trauma

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS
- [ ] Livre
- [ ] Obstrução Parcial
- [ ] Obstrução Total
- [ ] Corpo estranho
- [ ] Edema de Glote
- [x] Outro S/A

VENTILAÇÃO
- [ ] Eupneico
- [ ] Apnéia
- [ ] Dispnéia
- [ ] Bradpnéia
- [ ] Taquipnéia
- [ ] Roncos
- [ ] Sibilos
- [ ] Respiração paradoxal

CIRCULAÇÃO
- [ ] Normocárdico
- [ ] Bradicardico
- [ ] Taquicardico
- [ ] Arritmico
- [ ] Enchimento capilar acima de 2"
- [ ] Ausente
- [ ] Cianose central
- [ ] Cianose de extremidade

AVAL. NEUROLÓGICA
- [✓] AVDN (A)
- [ ] Miose
- [ ] Midriase
- [ ] Anisocaria [ ] D [ ] E
- [ ] Aparentemente Etilizado
- [✓] GLASGOW 15

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora		P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O_2 %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR
Inicio	14:05	140x90	74	22	98	—	—		
Fim	14:37	130x80	82	20	99				

AVALIACAO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele
- [+] Corada
- [ ] Quente
- [ ] Pálida
- [ ] Fria
- [ ] Umida
- [ ] Seca
- [ ] Cianótica

Cabeça
- [ ] Contusão
- [ ] Escoriação
- [ ] Laceração
- [ ] Hematoma
- [ ] Afundamento
- [ ] Fer. penetrante
- [ ]

Face
- [ ] Contusão
- [ ] Escoriações
- [ ] Lacerações
- [ ] Ferimento ocular
- [ ] Luxação Mandíbula
- [ ]

Pescoço
- [ ] Escoriações
- [ ] Lacerações
- [ ] Hematoma
- [ ] Desvio da traquéia
- [ ] Enfisema Sub-Cutâneo
- [ ]

Tórax
- [ ] Dor
- [ ] Escoriações
- [ ] Lacerações
- [ ] Contusão pulmonar
- [ ] Ferida Aspirativa
- [ ] Empalamento
- [ ]

Abdome
- [ ] Escoriações
- [ ] Lacerações
- [ ] Distendido
- [ ] Em tábua
- [ ] Doloroso
- [ ] Evisceração
- [ ]

Pelve
- [ ] Contusão
- [ ] Escoriações
- [ ] Dor
- [ ] Instabilidade
- [ ] Crepitação
- [ ]

Coluna Dorsal
- [ ] Contusão
- [ ] Hematoma
- [x] Dor
- [ ] Escoriações
- [ ] Crepitação
- [ ]

MMSS
- [ ] Contusão
- [ ] Escoriações
- [ ] Luxações
- [ ] Lacerações
- [ ] Fratura
- [ ] Amputação
- [ ] Crepitação
- [ ]

MMII
- [ ] Contusão
- [ ] Escoriações
- [x] Luxações
- [ ] Lacerações
- [ ] Fratura
- [ ] Amputação
- [ ] Crepitação
- [ ]

OCULAR
- 4 Espontânea
- 3 Ao comando
- 2 À dor
- 1 Sem resposta

VERBAL
- 5 Orientado
- 4 Confuso
- 3 Palavras inapropriadas
- 2 Palavras incompreensiveis
- 1 Sem resposta

MOTORA
- 6 Obedece a comandos
- 5 Localiza a dor
- 4 Movimento de retirada
- 3 Flexão anormal
- 2 Extensão anormal
- 1 Sem resposta

TOTAL

AVALIAÇÃO CARDÍACA
- [x] Ritmo Sinusal
- [ ] Taquicardia
- [ ] Bradicardia
- [ ] Filuter
- [ ] Fibrilação atrial
- [ ] Fibrilação ventricular
- [ ] Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA
- [ ] Respiratória
- [ ] Neurológica
- [ ] Psiquiátrica
- [ ] Metabólica
- [ ] Cardiovascular
- [ ] Aborto
- [ ] Digestiva
- [ ] Infecciosa
- [ ] Obstétrica
- [ ] Outra Trauma

HISTÓRIA PEGRESSA
- [ ] Diabetes
- [ ] Cardiopatia
- [ ] HAS
- [ ] Alergias
- [ ] Outros
- [ ] Medicação de uso:

GRAVIDADE PRESUMIDA [ ] ILESO [ ] PEQUENA [✓ X] MÉDIA [ ] SEVERA [ ] ÓBITO EVIDENTE

Tiago Mendonça Dias
Médico
CRM-RR 1883
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE
- [ ] Cancelamento
- [ ] Recusa de Atendimento
- [ ] Não se encontrava no local - EVASÃO
- [ ] Recusa de hospitalização
- [ ] Trote
- [ ] Bombeiro no local:

MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS
- [ ] Policia Militar
- [ ] Guarda Municipal
- [ ] SMTRAN
- [ ] Bombeiro
- [ ] Outros:

RCP
- [ ] Iniciada as: [ ] Término as:
- [ ] RCP com sucesso
- [ ] RCP sem sucesso
- [ ] Obs.

OBSERVAÇÕES

CONFERE COM O ORIGINAL EM 31/08/18

21 NOV. 2019

DESTINO	[ ] Atendido no local [✓] Trauma HGR [ ] Pronto Atendimento - HGR [ ] Coronel Mota	[ ] Pol. Cosme e Silva - PCCS [ ] Hosp. Santo Antônio - HCSA [ ] HMINSN	[ ] Hosp. Das Clínicas/RR - HCR [ ] Hosp. Lotte Iris - HLI [ ] Outros

CASO CLÍNICO

Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.

Assinatura do Paciente: ______________________ RG ______________

PERTENCE DO PACIENTE

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

TERMO DE RECUSA

[ ] Declaro para os devidos fins que estou **recusando o *atendimento pré-hospitalar*** disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

[ ] Declaro para os devidos fins que estou **recusando o *transporte para unidade hospitalar*** disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: ______________________ RG: ______________

TESTEMUNHA 01: ______________________ RG: ______________

TESTEMUNHA 02: ______________________ RG: ______________

GESTANTE

IG p/ semana: ______________ Movimentos fetais: ______________

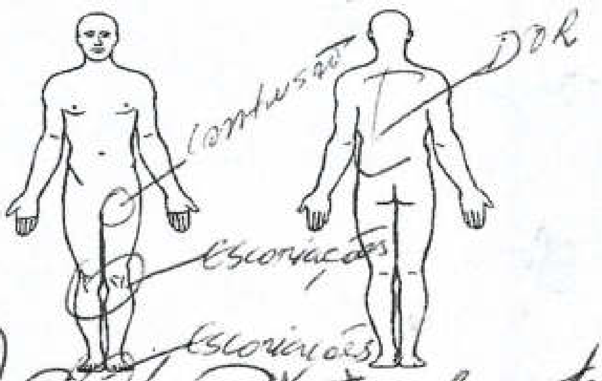
Perda de liquido: ______________ BCF: ______________

[ ] Com cartão [ ] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

01- colar cervical
01- atadura 12 cm
luvas de proc.

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos dedos	À Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		**Pontos**
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		**Pontos**
Cumprimento de ordens com 2 ações	À ordem	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da 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
Extensão 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



♀ 37 ANOS - Y AA" colisão moto X bike - P. moto - encontrada em calçada em DDH sem capacete lote [illegible] ESSV presumidos. Relata que foi carregada por populares e que retirou o capacete - Apresentando algia na região axial, algia na região colo do úmero, escoriação abrasiva patela [illegible]. Foi realizado protocolo de trauma com [illegible] [illegible] na cervical, informado ao MR 192 que encaminhou ao G. HGR p/ avaliação e conduta. Com monitorização contínua e S/A no transporte

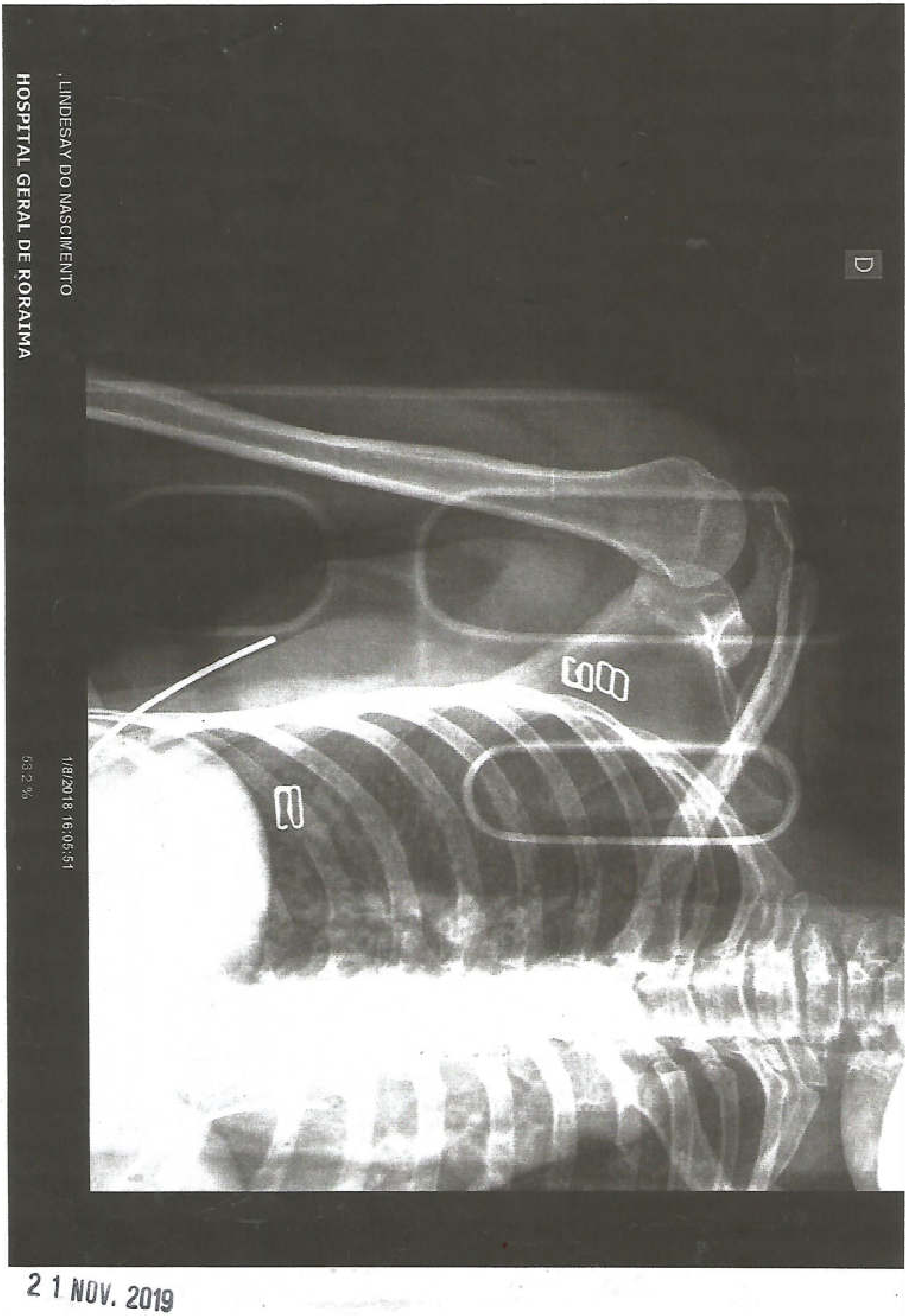
ASSINATURA E CARIMBO

JOSÉ BRASIL MARINHO
TÉCNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA
COREN-RR [illegible] SAMU 192

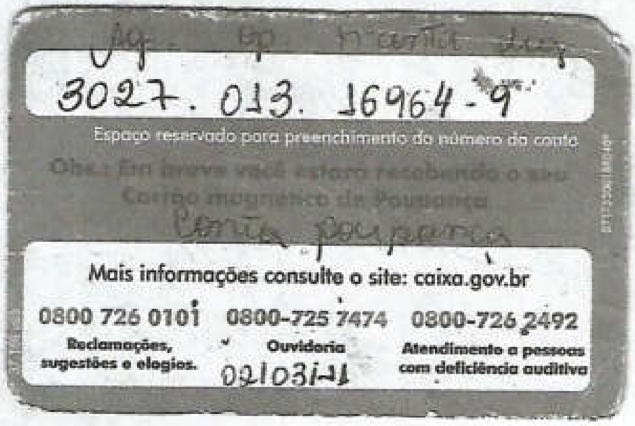
21 NOV. 2019

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 21/08/18
Dacimar

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: PJD22 HS56Z AD2DH RBLDY


HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
, LINDESAY DO NASCIMENTO
1/8/2018 16:05:51
63.2 %
D

21 NOV. 2019



Ag. op. nº conta dig

3027. 013. 16964-9

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu Cartão magnético de Poupança

Conta poupança

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101
Reclamações, sugestões e elogios.

0800-725 7474
Ouvidoria

0800-726 2492
Atendimento a pessoas com deficiência auditiva

02/03/11

21 NOV. 2019

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS**, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 209.60237.37-7

NÚMERO: 0735142
SÉRIE: 002-0
UF: RR

Lindsay N. Ribeiro
ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

21 NOV. 2019

---

02 **QUALIFICAÇÃO CIVIL**

BRASILEIRO

NOME: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO
06/03/1980
NASCIMENTO
LOC. DE NASC.: CARACARAÍ - RR
FILIAÇÃO: MARIA DAS DORES NASCIMENTO RIBEIRO
DOC. APRESENTADO: R.G. 228785 SESP RR
CPF: 822.825.792-91
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
RG: 228785
T. ELEITOR: 003100872607
SEÇÃO: 115
ZONA: 2
LOCAL DA EMISSÃO: DRT/RR
EMISSÃO: 19/09/2006

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO ....
DATA DE NASC. DE ___/___/___ PARA ___/___/___
DOCUMENTO ....
MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

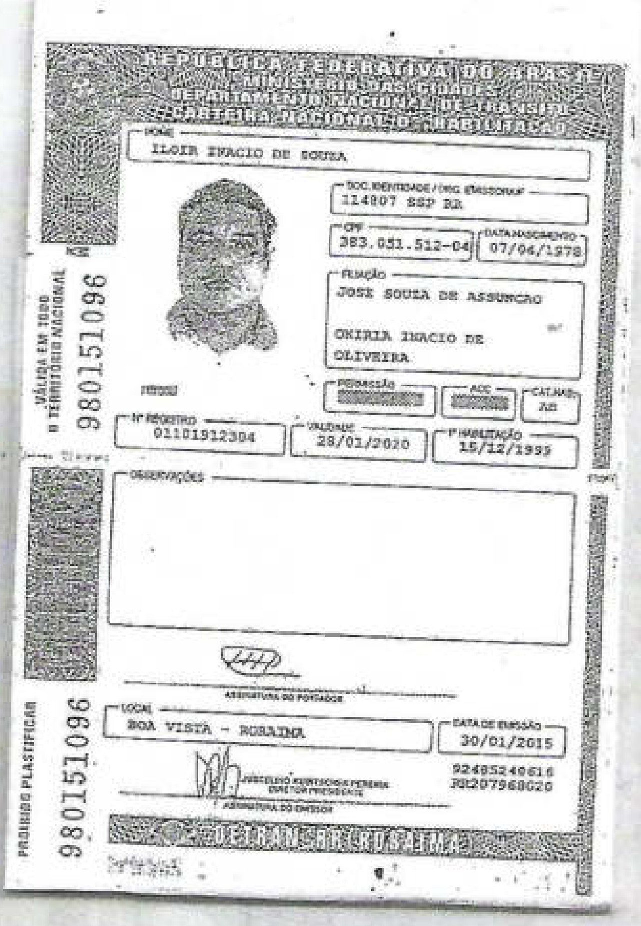
NOME ....
DOCUMENTO ....
MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME ....
DOCUMENTO ....
MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME ....
DOCUMENTO ....
MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO	C - DIVÓRCIO	E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE	G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL	D - ADOÇÃO	F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 114807 SSP RR

CPF: 383.051.512-04

DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

FILIAÇÃO:
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO:

ACC:

CAT. HAB.: AB

Nº REGISTRO: 01101912304

VALIDADE: 28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

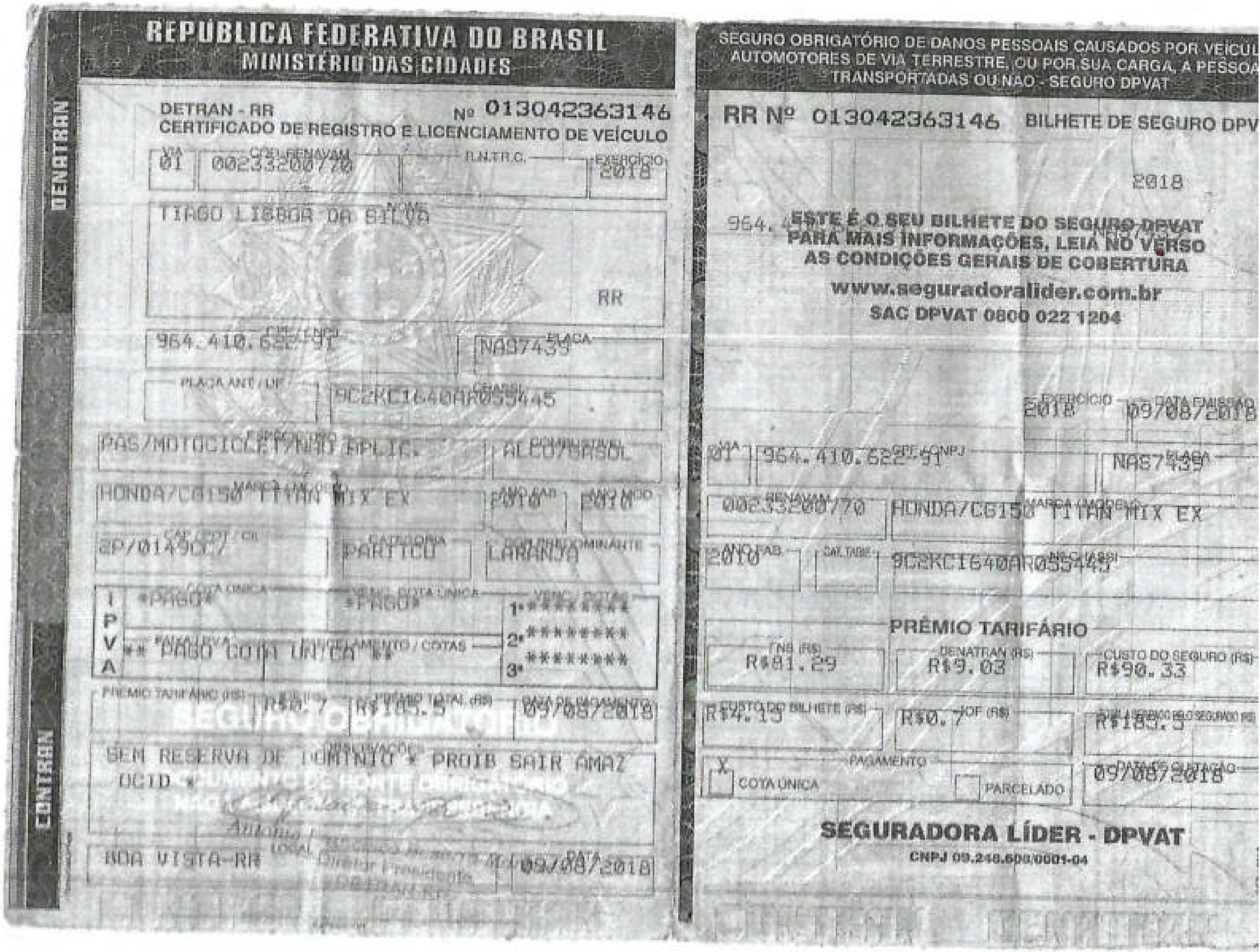
DIRETOR PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

92485240616
RR207968020

DETRAN RR RORAIMA

21 NOV. 2019

21 NOV. 2019



DENATRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013042363146
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01
CÓD. RENAVAM: 00233200770
R.N.T.R.C.:
EXERCÍCIO: 2018

NOME: TIAGO LISBOA DA SILVA
RR

CPF / CNPJ: 964.410.622-91
PLACA: NAS7439
PLACA ANT / UF:
CHASSI: 9C2KC1640AR055445
ESPÉCIE / TIPO: PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.
COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL
MARCA / MODELO: HONDA/CG150 TITAN MIX EX
ANO FAB: 2010
ANO MOD: 2010
CAP / POT / CIL: 2P/0149CC
CATEGORIA: PARTICU
COR PREDOMINANTE: LARANJA

IPVA
COTA ÚNICA: *PAGO*
VENC. COTA ÚNICA: *PAGO*
VENC. COTAS:
1ª ********
2ª ********
3ª ********
FAIXA IPVA / PARCELAMENTO / COTAS: ** PAGO COTA UNICA **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$):
IOF (R$): R$0.7
PRÊMIO TOTAL (R$): R$185.5
DATA DE PAGAMENTO: 09/08/2018

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR AMAZ OCID *

SEGURO OBRIGATÓRIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO

Antonio
Diretor Presidente
DETRAN-RR

LOCAL: BOA VISTA-RR
DATA: 09/08/2018

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCUL
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013042363146 BILHETE DE SEGURO DPV

2018

964.

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018
DATA EMISSÃO: 09/08/2018
VIA: 01
CPF / CNPJ: 964.410.622-91
PLACA: NAS7439
RENAVAM: 00233200770
MARCA / MODELO: HONDA/CG150 TITAN MIX EX
ANO FAB.: 2010
CAT. TARIF.:
Nº CHASSI: 9C2KC1640AR055445

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$) R$81.29	DENATRAN (R$) R$9.03	CUSTO DO SEGURO (R$) R$90.33
CUSTO DO BILHETE (R$) R$4.15	IOF (R$) R$0.7	VALOR COBRADO PELO SEGURADO (R$) R$185.5

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO: 09/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653012
Cidade: Boa Vista
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO
Data do acidente: 01/08/2018
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número:	3190653012	**Cidade:**	Boa Vista	**Natureza:**	Invalidez Permanente
Vítima:	LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO	**Data do acidente:**	01/08/2018	**Seguradora:**	GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise:	28/11/2019
Valoração do IML:	0
Perícia médica:	Não
Diagnóstico:	TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO.
Resultados terapêuticos:	TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes:	
Sequelas:	Sem sequela
Documento/Motivo:	Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)
Nome do documento faltante:	
Apontamento do Laudo do IML:	
Conduta mantida:	
Quantificação das sequelas:	
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
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Lindsay do Nascimento Ribeiro
NACIONALIDADE: Brasileira
PROFISSÃO: Comerciario
IDENTIDADE: 228785
ENDEREÇO: Rua: Foz do iguaçu-1048; equatorial

OUTORGADO

NOME: Iloir Inacio de Souza
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Autonomo
IDENTIDADE: 114807
ENDEREÇO: Rua: Antonio Pinheiro Galvão-1832 - Buritis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 01/08/2018, cobertura Invalidez, vitima: Lindsay do Nascimento Ribeiro.

Boa Vista-RR, 18/11/2019
LOCAL E DATA

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Lindsay do Nascimento Ribeiro.
ASSINATURA DO OUTORGANTE

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e [illegible]
Av. Ataíde Teive, 4387 - [illegible]
Fone: [illegible]
2oficioboavista@[illegible]
158419.5dd2a6.873668
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"1-LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO
Em testemunho da verdade. DBA
De que dou fé. Boa Vista,RR, 18 de novembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalselom.com.br
RECFIR158296FSHI5T4WGZ6Q221 /
58419
Emolumentos:R$ 2,45 Fundos ISS:R$ 0,55 SELO:R$ 1,50 Total:R$ 4,50

21 NOV. 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411996/19

Vítima: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

Data do acidente: 01/08/2018

CPF: 822.825.792-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO : 822.825.792-91

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: 22/11/2019
Nome: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO
CPF: 822.825.792-91

LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO