

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:
2945504020201230104033

Processo 0831967-86.2020.8.23.0010 ☆ - (14 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:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 8	30/12/2020 10:40:33	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
8.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776803CONTESTACAO01.pdf Público
8.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776803CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
8.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
7	23/12/2020 10:39:22	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de EVERALDO SILVA MARQUES com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (17/12/2020)	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária
[+] 6	17/12/2020 14:22:38	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado
5	15/12/2020 17:33:31	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	15/12/2020 17:33:30	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	15/12/2020 17:33:30	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	15/12/2020 17:33:30	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	15/12/2020 17:33:30	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, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115079

Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES

Data do Acidente: 27/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVERALDO SILVA MARQUES

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 15627950



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, 21 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115079

Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES

Data do Acidente: 27/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), EVERALDO SILVA MARQUES

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15648147



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

311.263.162-53

4 - Nome completo da vítima:

EVERALDO SILVA MARQUES

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

5 - Nome completo:

EVERALDO SILVA MARQUES

6 - CPF:

311.263.162-53

7 - Profissão:

F. PÚBLICO

8 - Endereço:

R. PROF. MARIA DO C.L. CARVALHO

9 - Número:

256

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SILVIO BOTELHO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

67.314-493

15 - E-mail:

SANTANAQUIMARQUESR@GMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

(95) 99169-3685

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:



RECUSO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2906

CONTA: 19.996

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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 (ou Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Víduo

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 (vai nascer)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA-RR, 09/04/2020

EVERALDO SILVA MARQUES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

581695



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001197/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/01/2020 10:42 Data/Hora Fim: 09/01/2020 11:07
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 27/12/2019 11:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Dr. Silvio Botelho

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

20005: ACIDENTE COM LESÕES

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EVERALDO SILVA MARQUES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 52 anos

Naturalidade: PA - Santarém

Profissão: Funcionário Público

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Anita da Silva Marques

Nome do Pai: Alvino Vieira Marques

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 311.263.162-53

RG - Carteira de Identidade: 187584

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R N-25

Bairro: Doutor Silvio Botelho

Telefone: (95) 99153-9380 (Celular)

Nº: 256

CEP: 69.314-493

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 311.263.162-53

Placa NAT 1891

Renavam 00907019323

Número do Chassi 9C2KDO3107R010137

Ano/Modelo Fabricação 2007/2006

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA NXR 150 BROS ESD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado



Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho
Impresso por: José Maria de Souza Moura
Data de Impressão: 09/01/2020 11:07
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001197/2020

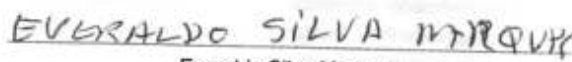
Nome Envolvido	Envolvimentos
Everaldo Silva Marques	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Marca/Modelo HONDA BIZ	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O senhor acima qualificado, compareceu a esta delegacia para nos informar que conduzia sua motocicleta na rua N 21 e que quando o sinal abriu para que ele entrasse na rua S 02, foi atingido pela motocicleta BIZ, conduzida por uma mulher, que chegou a parar, mas logo fugiu do local, por isso ele não sabe o nome e nem lembra a cor da BIZ; que devido o acidente a vítima teve alguns dedos do pé esquerdo fraturados; que a vítima foi socorrido por populares e conduzido ao Trauma do Hospital Geral de Roraima. este é o relato do fato.

ASSINATURAS


José Maria de Souza Moura
Agente Carcerário
Matrícula 42000193
Responsável pelo Atendimento


Everaldo Silva Marques
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trf.us.br/projudi/> - Identificador: PJSVH X2DOB ZD583 BDG8A

RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão São Geron, 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 Impresão autorizado pela SENAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0035988-2

Nº da Nota Fiscal: 4208304

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.427 de 26 de abril de 2002. FCAH*

CONTA MES
DEZEMBRO/2019
VENCIMENTO: 11/01/2020
CONSUMO (kWh): 50
TOTAL A PAGAR (R\$): 255,90

EVERALDO SILVA MARQUES
R. PROF MARIA DO C L CARVALHO 256 - DR. SILVIO BOTELHO
CPF: 00031126316253
CEP: 69.314-493 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)
Atual: 0600
Anterior: 0500
Dias de consumo: 30
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo medido: 25
Consumo Faturado: 50

DATAS DA LEITURA
Atual: 12-12-2019
Anterior: 12-11-2019
Próxima leitura: 12-01-2020
Emissão: 11-12-2019
Apresentação: 12-12-2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: BIPHASICA
Número Medidor: 125009766
Forma de Faturamento: MENSAL
Modalidade: R 1420468

DESCRIÇÃO DA CONTA
CONSUMO 50 A R\$ 0,760131 = 38,00
RELIGACAO 11,11
RELIGACAO A REVELIA ART 175 RE 175,26
ILUMINACAO PUBLICA 31,53

OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 50 - 0,617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

MÊS	18	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
	DEZ	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Média 12 meses:

MENSAGENS IMPORTANTES
PREAVISO DE VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 E/OU PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL Nº 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007819120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26. Parabéns! Até o dia 11/12/2019, não constavam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 5821.8CD7.8722.61E6.3A30.F683.50D9.8A90

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Descrição	Valor	Encargos	Tributos
Energia:	28,00		1,17
Distribuição:	5,00		7,11
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo	Alíquota	Valor
ICMS:	17,00%	5,46
PIS:	0,00%	0,00
COFINS:	1,42%	0,54

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	DCE			PIC			DMC		DICI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	
Limite	0,09	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,05			
Realizado	0,00			0,00						
Conjunto										

DISTRITO Período de apuração: 10/12/19 a 10/01/20

ROT: 28.001.26.18.125000

RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão São Geron, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0035988-2

TOTAL A PAGAR - R\$
255,90

MÊS FATORIAL
12/2019

VENCIMENTO
11/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 4208304 FCAH*

83610000002 2 55900075000 5 00000000035 6 98821219008 2



RORAIMA ENERGIA
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 Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal: 4052960

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002 FCAM*

SEU CÓDIGO
0032588-0

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	11/12/2019	239	213,86

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

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 26102 Anterior: 25443 Dias de consumo: 29 Constante de Multiplicação: 1,100 Consumo medido: 229 Consumo faturado: 239	Atual: 19/11/2019 Anterior: 21/10/2019 Próxima leitura: 12/12/2019 Emissão: 18/11/2019 Apresentação: 11/12/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Ligação: BIFÁSICA Número Medidor: 11ED081198 Forma de Faturamento: NORMAL Modalidade: M 1521363

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	239 A R\$ 0,771640 =	184,42
		29,44

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 A 239 - 0,623588

Média 12 meses: 156

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

NOV/18	264
DEZ/18	183
JAN/19	221
FEB/19	185
MAR/19	212
ABR/19	252
MAY/19	223
JUN/19	160
JUL/19	182
AGO/19	173
SET/19	180
OUT/19	111
NOV/19	239



MENSAGENS IMPORTANTES

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/12/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 1.588,14 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
10/2019 114,37

REAVISO DE VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 11/12/2019

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	Alíquota
Distribuição: 95,72	Tributos: 5,64	ICMS:	17,00%
Transmissão: 43,69		PIS:	0,37%
		COFINS:	0,65%
			17,00%

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	FIC	DASC	DICRI				
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
Realizado	0,00	0,00	0,00				
Compendio	DISTRITO		Período de apuração:	09/2019	Valor:	59,05	

ROT: 8.001.16.07.011700



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

SEU CÓDIGO
0032588-0

MÊS FATURADO
11/2019

Nº da Nota Fiscal: 4052960

TOTAL A PAGAR - R\$
213,86

VENCIMENTO
11/12/2019

FCAM*

83620000002 1 13860075000 2 00000000032 3 58801119008 3



SEQ.: 0262 UC: 0032588-0 DT.LEIT.: 19/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 26102 NORMAL TOTAL: 213,86 CARGA: 003
DT.VENC.: 11/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4141



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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/lootecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO SANTANA FEITOSA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GERALDO SILVA MARQUES inscrito
(a) no CPF sob o Nº 311.263.162/53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEC da Vítima
GERALDO SILVA MARQUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.263.162/53, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA GIDEÃO</u>	Número	<u>312</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade	<u>BOA VISTA</u>	Estado	<u>RR</u>
Email	<u>SANTANA.GIMARAESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>195199169-3685</u>	

BOA VISTA, 10 de MARÇO de 2020
Local e Data


Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação: ☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação: ☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação: ☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901202549 27/12/2019 13:15:17 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 14

Paciente: EVERALDO SILVA MARQUES Data Nascimento: 27/11/1968 Idade: 51 A 1 M 0 D CNS: 700000568859302 CPF: 31126316253 Prontuário: 00042872
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/PA Data Emissão: M Sexo: M Estado Civil: PARDA Raça/Cor: Naturalidade: Brasileira
Mãe: ANITA DA SILVA MARQUES Pai: ALBINO VIEIRA MARQUES Contato: (95) 99153-9380
Endereço: RUA - N-22 - 91 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: ACIDENTE DE MOTO
Motivo do Atendimento: URGÊNCIA Caráter do Atendimento: Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão: GRANDE TRAUMA
Setor: DEMANDA ESPONTANEA Tipo de Chegada: Procedimento Sol.: Registrado por: ANTONIA.SOARES

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *trauma de pé*

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h): *13h*

Exame Físico: *trauma de pé*

Hipótese Diagnóstica: *trauma de pé*

SADT - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

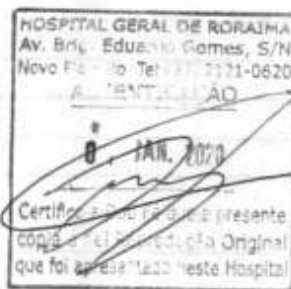
CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

CONDIÇÃO

21/11/20
Ortopedia (Dr. Norberto)
Paciente vítima de acidente de
trânsito com trauma direto
em pé (E) apresentando fr
atura de 2^a, 3^a e 4^a MT (E)
Cl: Imobilização com tala
elástica
Analgésico
Oxigenação

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028





ESQUERDO

EVERALDO SILVA MARQUES
51 ano(s) 27-11-1968

POLICLINICA COSME E SILVA

27-12-2019 12:30:13





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

VALIDAR TODA
O TERMO NACIONAL
1650874125

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSOR: 1148763993 USP-MA

CNPJ: 627.942.803-68 DATA NASCIMENTO: 26/07/1979

FILIAÇÃO: NEURIVAN LOPES GUIMARAES LUEIA FEITOSA GUIMARAES

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AB

INSCRIÇÃO: 03412152366 VALIDADE: 28/05/2023 HABILITAÇÃO: 11/10/2004

BOA VISTA, RR

ASSINATURA DO PORTADOR

ASSINATURA DO EMISSOR

ANTONIO FRANCISCO BESSERA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

DATA DE EMISSÃO: 29/05/2018
69180063613
RR209677511

RORAIMA

DETRAN-RR

PROIBIDO PLAS-THICK
1650874125



CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 01383328E710	
VIA	COD RENAVAM	ENTRADA	EXERCÍCIO
01	00907019233		2019
NOME: EVERALDO SILVA MENEZES			
PLACA	CHASSI	PLACA	CHASSI
311.263.162-53	9C2KRD02107R010137	NR1891	
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLETA	GASOLINA		
MARCA/MODELO	ANO MOD		
HONDA/NXR150 BROS ESD	2006		
CAP/ROT/CIL	CATEGORIA		
2P/2149CC/	PARTICU		
COILUNCA	VENO/COILUNCA		
1º *ISENTO*	1º *****		
2º *****	2º *****		
3º *****	3º *****		
PREMIO TARIFARIO (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
00000000000000000000	00000000000000000000	05/05/2019	
SEM RESERVA DE DOUTORADO - PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO PRZ DE 10 ANOS VALIDO PARA TRANSPERENCIA			
SEGURADORA LIDER - DPVAT			
RR Nº 01383328E710 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
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			
RENAVAM	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
00907019233	311.263.162-53	2019	08/10/2019
MARCA/MODELO	PLACA		
HONDA/NXR150 BROS ESD	NR1891		
ANO FAB	Nº CHASSI		
2006	9C2KRD02107R010137		
PRÊMIO TARIFARIO			
FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$126,05	R\$4,01	R\$42,06	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL DO SEGURO (R\$)	
R\$4,15	R\$0,32	R\$84,58	
PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE COTIZAÇÃO	
		22/05/2019	
SEGURADORA LIDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04			
01383328E710			
69981860			
DE252023			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091230/20

Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES

CPF: 311.263.162-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVERALDO SILVA
MARQUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

EVERALDO SILVA MARQUES : 311.263.162-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO		
Número: 3200115079	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES	Data do acidente: 27/12/2019	Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DE METATARSOS (3º AO 5º) DO PÉ ESQUERDO. P.2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSVH X2DQB ZD583 BDG8A

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: EUERALDO SILVA MARQUES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: FUNCIIONARIO PUBLICO RG: 18.7584 SSP/PR
CPF: 311.263.162-53 ENDEREÇO: R. PROF. MARIA JOAQUINA 256
BAIRRO: SILVIO BOTELHO CIDADE: BOA VISTA - ROCAIMA
CEP: 69.314-493

VITIMA: EUERALDO SILVA MARQUES

CPF: 311.263.162-53 DATA DO ACIDENTE: 27-12-2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: ISE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
Nº. DO RG: 1.148.163.99-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/PA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº. DO CPF: 027.942.803-08
ENDEREÇO: RUA GIDEAO N° 312 BAIRRO: NOVA CANAÃ

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, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de transito, 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 - PR, 09 de JANEIRO de 2020



EUERALDO SILVA MARQUES

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091230/20

Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES

CPF: 311.263.162-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVERALDO SILVA MARQUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

EVERALDO SILVA MARQUES : 311.263.162-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

