

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200351092

Vítima: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000001107-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **832.009.593-04** 3 - CPF da vítima: **832.009.593-04** 4 - Nome completo da vítima: **Francisco Conceição Sousa**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 484/2017

5 - Nome completo: **Francisco Conceição Sousa** 6 - CPF: **832.009.593-04**
7 - Profissão: **Autônomo** 8 - Endereço: **R. Salurno** 9 - Número: **614** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Boa Vista** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69316-028**
15 - E-mail: **eloanara@hotmail.com** 16 - Tel. (DDD): **9519404-5368**

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:
☒ RECURSO 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)
AGÊNCIA: **3905** ☐ CONTA: **1107** ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento 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.

Selejo 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 a análise médica presencial, caso necessário, a critério da Seguradora Lider 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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 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 (a nascitor)? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a 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 29/09/2020**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Francisco Conceição Sousa**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



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 9136-7209

Ocorrência Nº: 7254/2020 - Registrado em: 23/07/2020 às 12h 51min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 06/11/2018 às 17h 00min

LOCAL DO FATO

Município: AMAJARI

Logradouro: BR 174

Bairro: CENTRO

Referência:

Complemento: TUARÚ VICINAL 04

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: VIA RURAL

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

FRANCISCO CONCEICAO SOUSA(39), nascido(a) em 09/04/1981, sexo MASCULINO, solteiro(a), estado civil: CASADO, profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 832.009.593-04, País: BRASIL, natural de SANTA LUZIA-MA, filho(a) de MARIA HELENA CONCEICAO SOUSA e FRANCISCO ELOI SOUSA, endereço: SATURNO, cep: 69316-026, Nº 616, Faltas: 0, RAIAR DO SOL, BOA VISTA-RR, referência: PRÓXIMO A IGREJA ADVENTISTA, Telefone: (95) 99122-9874.

OBJETOS

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA UMA HONDA/CG 160, ANO:2017/2017, COR: PRETA, CHASSI: KC2JE0H041266, PLACA: NAW4987, DE PROPRIEDADE DE MARIA CRISTINA DE SANTANA, QUANDO UM CARRO INVADIU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM SUA ESQUERDA. O MESMO INFORMA QUE SAIU DA PISTA E BATEU NA BOEIRA, CAUSANDO A FRATURA NO BRAÇO DIREITO. O MESMO INFORMA QUE SUA ESPOSA SOCORREU E LEVOU NO HRG. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

RONALDO LUIZ DE SOUZA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: SIAFI 710354
ASSINADO ELETRONICAMENTE

Francisco Conceicao Sousa
FRANCISCO CONCEICAO SOUSA
COMUNICANTE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000001107-0

Nr. da Autenticação F43B92F82BF1038F



RORAIMA
ENERGIA
Ligada em você

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: 5457846

MARIA CRISTINA DE SANTANA

R. SATURNO, 614,

RAIAR DO SOL

69316028 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
865028	06/2020	15-MAY-20 a 16-JUN-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
30	11-JUL-20	R\$ 43,62

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
Ligada em você

RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691,
CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
865028	06/2020	R\$ 43,62

836400000003.436200750004.000000000869.502806200056





RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENÉ GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE# 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

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: 240670223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

1005119 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CADEIA NACIONAL DE HABITACAO				
VALIDA EM TODOS ESTADOS NACIONAIS 880151096	Nome ILDIR INACIO DE SOUZA			
	DOC. IDENTIFIC. (RG, PASSAPORTE) 114807 SOY RN		DATA NASCIMENTO 07/04/1978	
	Nome JOSE SOUZA DE ASSUNCAO			
	Nome ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA			
VALIDA EM TODOS ESTADOS NACIONAIS 880151096	TIPO	PROFISSAO	ACC	CAT. DIR. AB
	IMPRESTIMO 0110102304	VALIDADE 26/03/2020	MANUTENCAO 15/12/1999	
	DESCRIÇÃO			
	Assinatura			
VALIDA EM TODOS ESTADOS NACIONAIS 880151096	LOCAL BOA VISTA - ROFAIMA		DATA DE EMISSÃO 30/01/2012	
	Assinatura ROSALENE RODRIGUES PEREIRA		92485240616 FR207968020	
	Assinatura do titular			
	Assinatura do titular			

750009.000000001081.917005200055



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 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco Conceição Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 832.009.593 / 04,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Conceição Sousa
inscrito (a) no CPF sob o Nº 832.009.593 / 04, 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 Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>7832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Duriti</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILAIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>65.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR 29/09/2020

Assinatura do Declarante

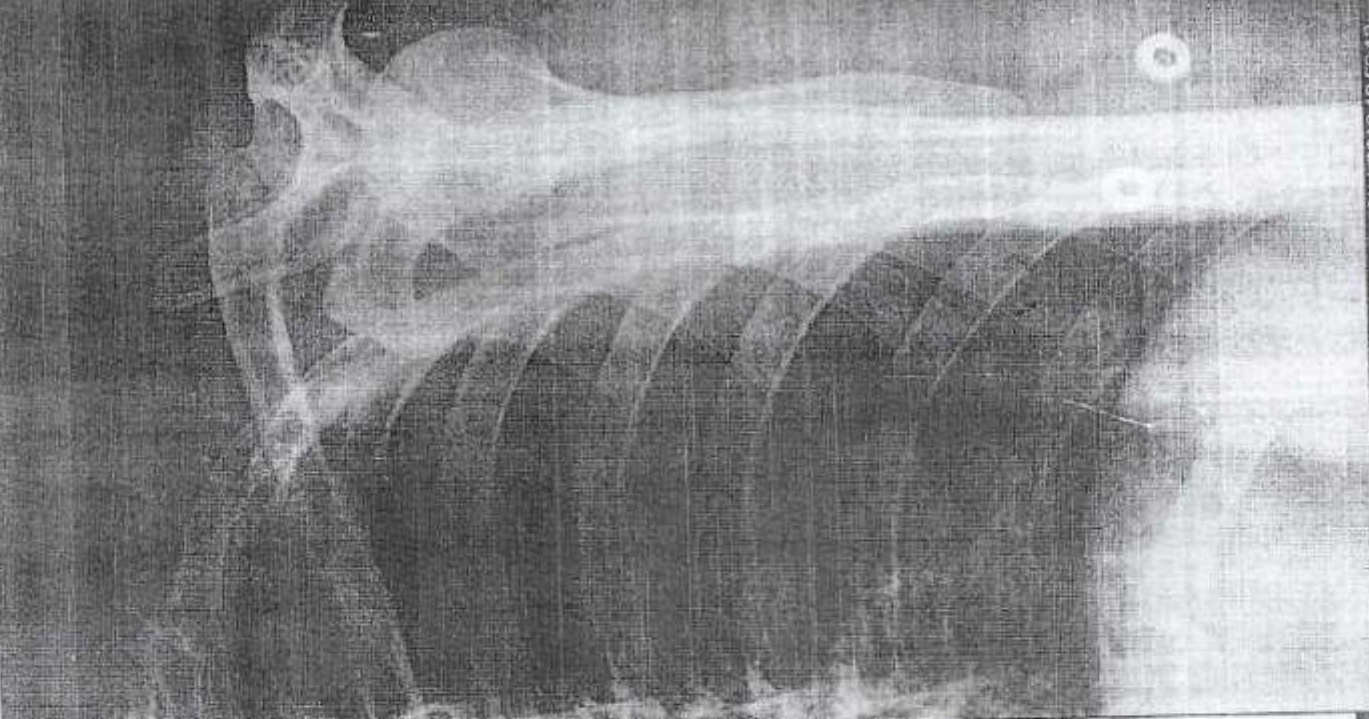
D



19.1 %

6/11/2016 18:59:12

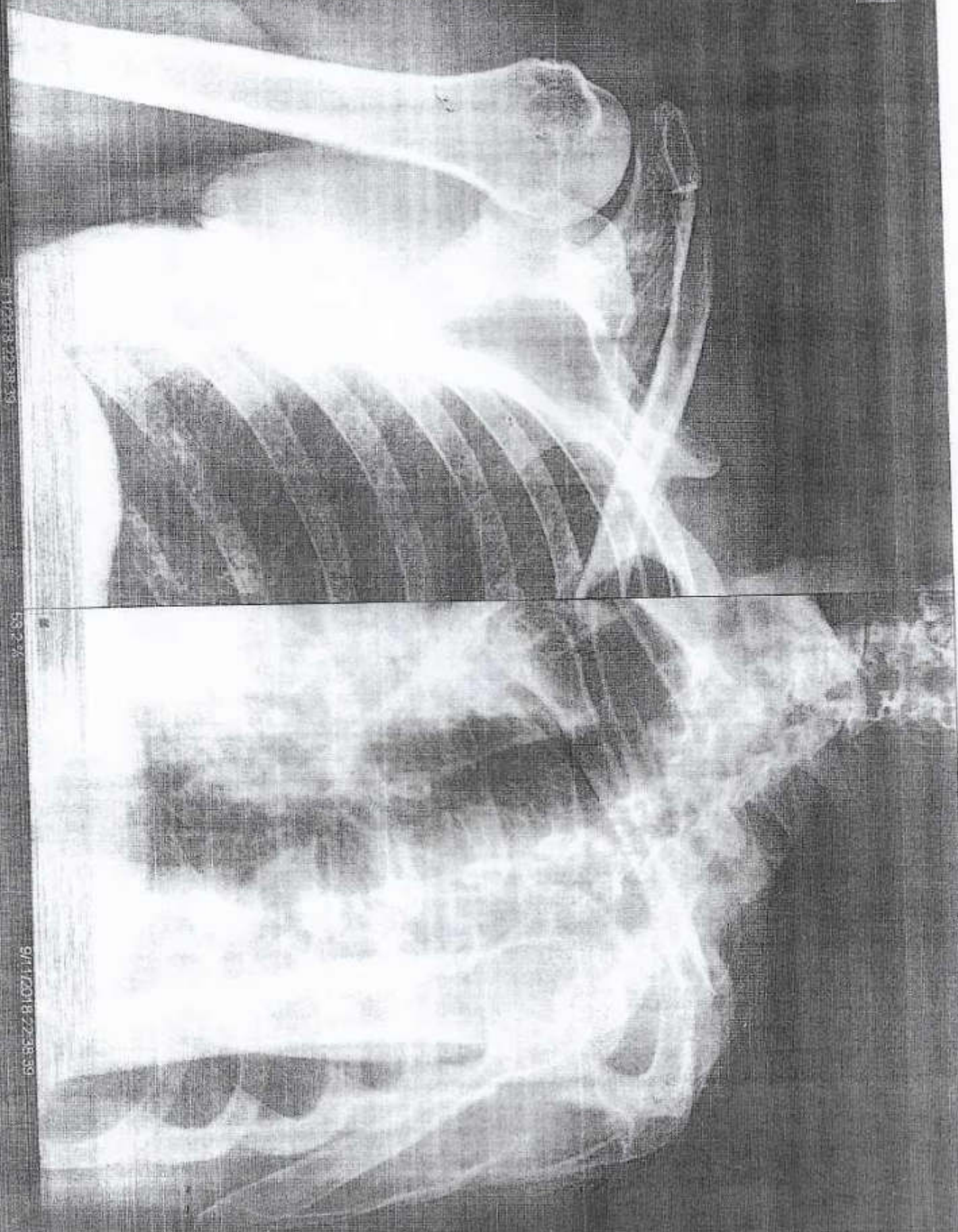
FRANCISCO C. SOUZA



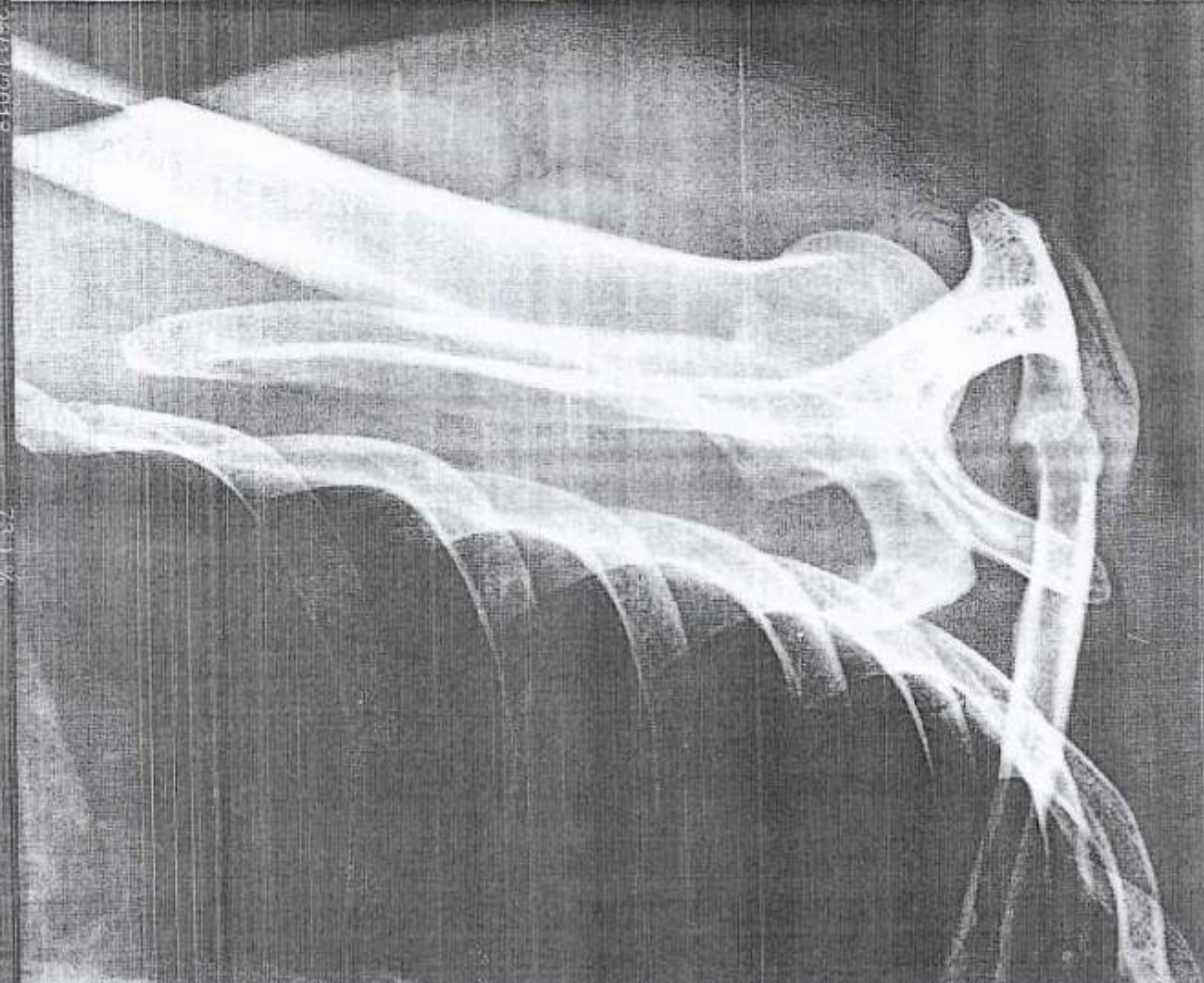
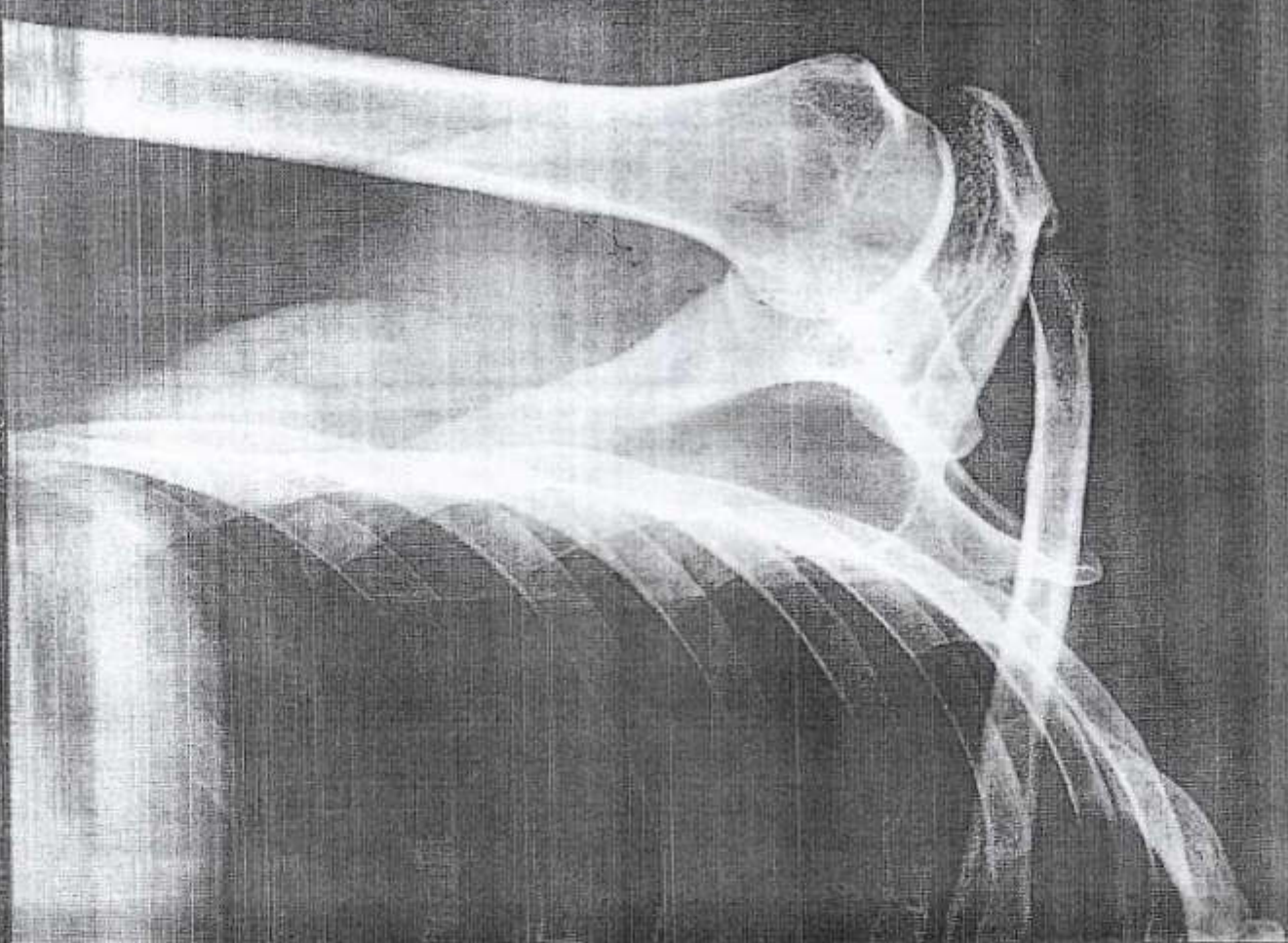
55.5 %

6/11/2016 18:59:12

D



D



26/11/2013

62.5 %

26/11/2013

63.1 %

FRANCISCO CONCEIÇÃO SOUSA 13718

HOSEIA PORRONE MOTA

CHUGAN

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL CORONEL MOTA
SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

NOME: FRANCISCO CONCEIÇÃO SOUSA

DN: 09.04.81

IDADE: 37 ANOS

DR: PAULO JEFFERSON

DATA: 07.12.18

ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

Ao exame do ombro direito, observa-se imagem de espessamento heterogêneo do tendão do músculo supraespinhal, e estria laminar de permeio no terço distal.

Tendões subescapular e infraespinhal preservados.

Tendão da cabeça longa do biceps acusticamente normal.

Articulação acrômio clavicular de dimensões preservadas.

HD: Ruptura intratendínea do tendão do músculo supraespinhal direito.

MÉDICO RESPONSÁVEL
DR: JÚLIO KONG/ CRM - 376



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

1ª Classificação

VERDE

Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1801031792 06/11/2018 18:00:37 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 195

Paciente **FRANCISCO CONCEICAO SOUSA** Data Nascimento **09/04/1981** Idade **37 A 6 M 27 D** CNS **898003949081684** CPF **83200959304** Prontuário **00074799**
 Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **SSP/RR** Sexo **M** Estado Civil **PARDA** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **SANTA LUZIA - MA** Nacionalidade **BRASILEIRA**
 Mãe **MARIA HELENA CONCEICAO SOUSA** Pai **FRANCISCO ELOI SOUSA** Contato **(95) 99173-8355**
 Endereço **RUA - ANTONIO FERREIRA DE SOUSA - 41 - SAO FRANCISCO - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco **VERDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **Validade** Autorização **Sis Prenatal**
 Motivo do Atendimento **SPA - PRONTO ATENDIM** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **36.00** Peso **150 x 100**
 Setor **PRONTO ATENDIMENTO** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. **Registrado por: ALESSANDRA CRISTINA**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
 queixa de dor ombro direito apos acidente de motocicleta ha um dia e meio

Anamnese de Enfermagem **negativa** GSC **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456** TOTAL **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) **Acidente há 2 dias no interior. Per ombro D**

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica **Trauma ombro D** **Ortopedia**
Caruaru omb. D

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

PRESCRIÇÃO **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO**
1) tilatil 40mg EV **h 12:00 e 18:00**
2) diclofeno 25mg EV **h 12:00 e 18:00**
3) analgésico
Dr. João A. Lopes Aguiar CRM-RR 566

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: **Data e Hora da Saída/Alta: / /**

óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica **/ /**

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: isabel
 Data Hora: 06/11/2018 18:05:03

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



1801031792



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 . 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

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 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CAIXA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

CPF
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PLANO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERÍODO
01/01/2020

VALOR
29/03/2020

PRELIMINAR
15/12/1999

VALIDADE
29/03/2020

PRELIMINAR
15/12/1999

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

ASSINATURA
JOSÉ LUIZ FERREIRA

ASSINATURA
JOSÉ LUIZ FERREIRA

750009.000000001081.917005200055



MINISTÉRIO DO TRABALHO



SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

130.26086.42-7

2248230 RR

0060

Francisco Conceição Sousa
ASSINATURA DO TITULAR



FRANCISCO CONCEIÇÃO SOUSA

FILIAÇÃO: MARIA HELENA CONCEIÇÃO SOUSA
FRANCISCO ELIO SOUSA

NASCIMENTO: 09/04/1961

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SANTA LUÍZA - MA

DOCUMENTO: R.G. - 1397221994 - 09/04/1999 - SESP - MA

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1994

CPF: 832.009.293-04

TIT. ELEITOR:

CNH:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SITE RR - RUA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 10/06/2018

Margareta Costa-Flores
MARGARETA COSTA-FLORES
ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200351092 **Cidade:** Amajari **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA **Data do acidente:** 06/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO (RUPTURA INTRATENDÍNEA DO TENDÃO DO MÚSCULO SUPRAESPINHAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 4/5

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% MEMBRO SUPERIOR (RÁDIO) E 25% TORNOZELO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Francisco Conceição Sousa

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 109722199-4

ENDEREÇO: R. Saturno, N° 614, Raiar do Sol

OUTORGADO

NOME: Elvis Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114807

ENDEREÇO: R. Antonio P. Galvão, N° 1832, Benedito

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 OBRIGATORIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data:

06/11/2019 cobertura Invalidez vítima

Francisco Conceição Sousa

Francisco Conceição Sousa

OUTORGANTE

BOA VISTA RR, 23 DE 07

2020



CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AR. VISTA RR, 23 DE 07 - CENTRO - BOA VISTA RR, TEL: (68) 3634-6077 - ATENDIMENTO: 9h às 18h
ASSINATURA a(s) assinatura(s)
109722199-4 - FRANCISCO CONCEIÇÃO SOUSA
VS. Em testemunho da verdade Boa Vista: 23/07/2020
Emol: 2,56 FUNDEJURR: 26 FISC: 0,13 FECON: 0,13 ISS: 0,13 Vlr Selo: 0,00
Selo: RECFIR1583453W40TFKXUG9K6012 N° Ticket: 00287
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 83200959304
Aline Mousan
Escritório Arizada
Cartório Loureiro

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento, Dou fé.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276808/20

Vítima: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

CPF: 832.009.593-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/11/2018

Titular do CPF: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

CPF de: Próprio

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

FRANCISCO CONCEICAO SOUSA : 832.009.593-04

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: 30/09/2020
Nome: FRANCISCO CONCEICAO SOUSA
CPF: 832.009.593-04

FRANCISCO CONCEICAO SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO