

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:
2980119320210215151023

Processo 0801903-59.2021.8.23.0010  - (18 dia(s) em tramitação)**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 4847 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
Realces 					
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros 					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
[+]	6 15/02/2021 15:10:23	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		6.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2783559CONTESTACAO01.pdf	Público
		6.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2783559CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
5	27/01/2021 17:20:45	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
4	27/01/2021 17:20:45	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
3	27/01/2021 17:20:45	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	27/01/2021 17:20:45	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
[+]	1 27/01/2021 17:20:45	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	VALDENOR ALVES GOMES 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, 04 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200390285

Vítima: CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

Data do Acidente: 07/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da solicitação médica dos exames realizados, tais como, Raio X, Tomografia e/ou Ressonância Magnética, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis. Lembramos que não é necessário apresentar as películas/chapa dos exames.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Seguradora LÍDER
A Inovação do Seguro Pode

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 053.373.192-56 4 - Nome completo da vítima: CARLOS EDUARDO GERPEIPIA DE CARVALHO

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

5 - Nome completo: CARLOS EDUARDO GERPEIPIA DE CARVALHO

7 - Profissão: AUTOMOTOR 8 - Endereço: Rua 1 GENÉSIO ALCÂMINO LOPES

11 - Bairro: SENADOR H-CAMPOS BOA VISTA 12 - Cidade: PE

15 - E-mail: consuldo.curta2010@gmail.com.br 16 - Tel.(DDD): 95 491150918

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 de banco aparte da conta-titular uma opção)
 Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2084 CONTA: 21699 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu fui intitulado, reconheço que é só meu desconto e somente uso a estatística no crédito, a iteração total do valor recebido.

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

Declaro, sob os termos da Lei, que não fui impossibilitado de apresentar àjudas ao meu Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização pelo Seguro DPVAT (Leis 11.964/2009, 11.965/2009, 11.966/2009, 11.967/2009).

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

Solicito o preenchimento da Ação Civil Pública, na qual é apresentado o laudo do IMI, por invalidez permanente, com base na documentação médica que segue. Autorizo a Líder a não pagar a indenização caso não seja apresentado o laudo de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.294/74.

Declaro que fui autorizado, não exigindo prévia consulta com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso ocorra de seu cancelamento.

MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar quantos vivos: Sim Não 30 - Vítima deixou herdeiros: Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar quantos vivos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder paga, no caso de morte, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cientes, no entanto, que a mesma é um direito que decidi, não sendo, na prática, gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 199 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome: _____ 35 - Nome (apenas o que tiver na carteira de habilitação): _____

36 - CPF legível de quem assina o P.H.O. (a logo): _____

37 - Assinatura de quem assina o P.H.O. (a logo): _____

40 - Local e Data: Boa Vista/PE 13 de OUTUBRO de 2020

TESTEMUNHAS

38 - 1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
FPS.001.V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR
ENDERECO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209
Ocorrência Nº: 12280/2020 - Registrado em: 07/10/2020 às 10h 47min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 07/08/2020 às 14h 50min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: JUIZ MAXILIANO TRINDADE

Nº: 241

CEP: 69300-000

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: PROXIMO A IGREJA ASSEMBLEIA DE DEUS

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO(18), nascido(a) em 20/05/2002, sexo MASCULINO, solteiro(a), País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de ALZIRENE FERREIRA DA SILVA LIMA e , endereço: GENESIO ALCIMIRO LOPES, Nº: 241, bairro: SENADOR HELIO CAMPOS, BOA VISTA-RR, Telefone: .

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DE PLACA NAU7824, CHASSI 9C2KC1680FR591589, IAI SUBINDO A RUA VEREADOR WALEMAR GOMES QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA VEIO A COLIDIR COM O MESMO NO CRUZAMENTO, O MESMO FOI CONDUZIDO PELO SEU GENITOR ATÉ A UNIDADE DE ATENNDIMENTO BASICO COSME E SILVA.

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

-IGOR TAVARES FIGUEIRA
APC
MATRÍCULA: 42000757
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Carlos Eduardo Ferreira de Carvalho
CARLOS EDUARDO FERREIRA DE
CARVALHO
COMUNICANTE

Seguradora LÍDER
A Inovação do Seguro Pode

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 053.373.192-56 4 - Nome completo da vítima: CARLOS EDUARDO GERPEIPIA DE CARVALHO

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

5 - Nome completo: CARLOS EDUARDO GERPEIPIA DE CARVALHO

7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUI GENÉSIO ACCIMICO LOPEZ

11 - Bairro: SENADOR H-CAMPOS BOA VISTA 12 - Cidade: Rio Claro

15 - E-mail: Consulto.costa2010@gmail.com.br

16 - Tel.(DDD): 95 491150918

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 de banco aparte da conta-titular uma opção)
 Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2084 CONTA: 21699 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu fui intitulado, reconheço que é só meu desconto e somente uso a estatística no crédito, a iteração total do valor recebido.

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

Declaro, sob os termos da Lei, que não fui impossibilitado de apresentar àjudas ao meu Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização pelo Seguro DPVAT (Leis nº 12.464, 24/02/2011 - art. 4º)

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

Solicito o preenchimento da declaração de ausência de laudo do IMI, conforme o devido ao seu tempo, para fins de cobertura de invalidez permanente, com base na documentação médica que segue: Acta: Consulta de Vítima (apenas na declaração de invalidez permanente) e/ou laudos de perícias decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 12.464/14.

Declaro que fui autorizado, não exigindo prévia consulta com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso ocorra de seu cancelo.

MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou namorado/namorada? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

34 - Nome: _____
35 - Nome: _____ (se a vítima não possuir nenhuma filha)

36 - CPF legível de quem assina o P.H.D. (a logo)

37 - Assinatura de quem assina o P.H.D. (a logo)

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

40 - Local e Data: Boa Vista/RR 13 de OUTUBRO de 2020
Tenho ciência de que a assinatura é feita voluntariamente

NÃO ALFABETIZADO

41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante): _____

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
FPS.001.V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão José Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.479/0001-44 - Insc. Estadual: 74.027.022-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Serie B-1
Retâmba Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ/RR/013

Nº DA NOTA FISCAL: 5.983.349 - FCAN#
A Tarifa Social de Energia Elétrica (TSE) é
há criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020	01/10/2020	281	479,52

ALZIRENE FERREIRA DA SILVA LIMA CARVALHO
CPF: 000.7415.2196.230
R. GENÉSIO ALCHIRIO LOPES 241 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316-550 BOA VISTA

DATAS DA LEITURA				
Atual:	14/09/2020	Anterior:	13/08/2020	Próxima leitura: 14/10/2020
Emissão:	14/09/2020	Apresentação:	14/09/2020	Dias de consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	12834593	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
MTR	INMETAD	MTR	JULGADO	CPN	INJETADO	MTR	INMETAD
Leit. Atual:	32872						
Leit. Anterior:	32591						
Constante:	1.000						
Resíduo:							
Medido:	281						
Faturado:	281						

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO: TOTAL ENCARGOS	781 A R\$ 0,748099 = 210,21 269,31

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDÇÃO	
TÍTULO DE TERRAS E TERRAS DE PRODUÇÃO ESTADO: RORAIMA MUNICÍPIO: SENADOR HELIO CAMPOS Município: SENADOR HELIO CAMPOS Município: SENADOR HELIO CAMPOS		243 SET/19 243 DUT/19 10 NOV/19 0 DEZ/19 0 JAN/20 49 FEV/20 124 MAR/20 172 ABR/20 100 MAI/20 165 JUN/20 295 JUL/20 277 AGO/20 244 SET/20 281	
Média 12 meses:			

	<p>LEIA AVISO DE PAGAMENTO DEVERE: 16/11/2021</p> <p>Parabéns! Até o dia 11/09/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.</p>
MENSAGENS IMPORTANTES	REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO		BRS52, DB825, AD900, L848, C77B, 65/5, B2FC, 22C6	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE	
Energia:		DIC	
Distribuição:		Limite	Mensal
Transmissão:		Realizado	17,70
Encargos:		FIC	Anual
Pis:		Limite	35,40
Pasep:		Realizado	1.027
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		DICRI	Mensal
Base do Cálculo:		Limite	
ALIQUOTA	210,21	Realizado	
ICMS:	17,20%	4,82	
PIS:	35,73	1,03	
ALIQUOTA		DICRI	Mensal
VÁLIDA		Limite	
Realizado		Realizado	

informe este NÚMERO // 0023601-2

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Evar Gómez, 491 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 74.897.822-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 386/13

Nº DA NOTA FISCAL: 6081683 FCAM®
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEF
Foi criada pela Lei nº 10.428 de 24 de abril de 2002.

CONTAMÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020	11/10/2020	1308	1.002,29

ROSIANI MARIA OLIVEIRA GOMES
CPF: 069.000-0647612-00
R. MARIA RODRIGUES SANTOS, 906 - ASA BRANCA
CEP: 69.312-285 BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual:	24/09/2020	Anterior:	25/08/2020	Próxima leitura:	26/10/2020
Emissão:	23/09/2020			Apresentação:	24/09/2020
				Dias de consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Faturamento	Modaúdade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	12LDT00388	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

Unid.	TOT/PA	INÍCIO	FIN	PIRÔM	PIRET	AN	PIU/INT	PIU/INT	KWH	INÍCIO
Leit. Atual:	7587									RESERVADO
Leit. Anterior:	6279									
Constante	1.000									
Resíduo										
Medido	1308									
Faturado:	1308									

DESCRICAÇÃO DA CONTA

CONSUMO	1308	R\$ 0,748099 =	978,51
ILUMINAÇÃO PÚBLICA			23,78

OUTRAS INFORMAÇÕES

TRÉS DE FEVEREIRO
2 h 13m - 00:17h

Média 12 meses: 1112

HISTÓRICO DE MEDIDAÇÕES

SET/19	12222
OUT/19	1457
NOV/19	1203
DEZ/19	1147
JAN/20	926
FEV/20	1316
MAR/20	1347
ABR/20	1355
MAY/20	1264
JUN/20	1096
JUL/20	1789
AGO/20	485
SET/20	1308

! MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LEIA ATÉ 09/09/2020 E PAGUE ATÉ 20/09/2020 | 6/11/16 21:26
Parabéns! Até o dia 23/09/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO: 9207.7487.26E2.96DA.FE43.4744.F387.8ECD

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	540,67
Distribuição:	236,77
Transmissão:	0,00
Encargos:	38,62
Perdas:	0,00

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	978,51	
ICMS:	17,00%	166,34
PIS:	0,00%	0,66
COFINS:	4,00%	39,12

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Realizado	9,24	18,49	36,99
FIC	2,32		
Limite			
Realizado	8,46	16,92	33,84
DMIC	2,00		
Limite			
Realizado	4,99		
Conjunto:	1,82		
	Mais apurado		
	EUSD:		



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas 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.

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 Ronaldo de Souza Costa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 61.653.594-2168, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CARLOS ENRIQUE FERREIRA DE CARVALHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.393.192-56,

do sinistro de DPVAT cobertura POR INVALIDEZ da Vítima CARLOS ENRIQUE FERREIRA DE CARVALHO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.393.192-56, 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 MARIA ELEONORA DO SANTOS</u>	Número:	<u>996</u>	Complemento:	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro:	<u>ASA BRANCA</u>	Cidade:	<u>PP</u>	Estado:	<u>69</u>
E-mail:	<u>Boavista</u>			Tel.(DDD):	

Local e Data: Boa Vista - PARAÍBA 13 DE OUTUBRO DE 2020

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA

1^a Classificação/Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.



2010791346 07/08/2020 15:10:10

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

NARDE 13-19 454

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO	20/05/2002	18 A 2 M 18 D	704300565806798	05337319256				
Tipo Doc.	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IT ENTIDADE	M	NAO	INFORMADO	NI				BRASILEIRA
M.e.								
A ZIRENE FERREIRA DA SILVA LIMA								
Eereço								
RUA - IZIDIO GALDINO DA SILVA - 1922 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR								Ocupação
Criss. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
S'A - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA							
Sintoma	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.					
SITURA	DEMANDA ESPONTANEA							
Cieixa Principal								
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

Histórico de Enfermagem

Glauco

GSC
AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456
TOTAL

Histórico - (HORA DA CONSULTA - 15:30h)

* acidente de trânsito (motocicleta)

* paciente escoriações e perda de sensibilidade mmss.

* Relevo algie em ponto direito, mobilidade conservada. Se observa edema local.

Hipótese Diagnóstica

Fratura m.s.d? Fratura no/na direito

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS

PRESCRIÇÃO

- ① Tomografia toracica EU
② Radiografia lombosacra EU
③ Radiografia m.s.d (ponto)
④ Curcina
⑤ Ondoloscopia Onterodistrofia

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

- Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revisão
 Transferência para:

- Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
Data e Hora da Saida/Alta:

objeto

antes do 1^o Atendimento? Sim Não

Destino: Família

IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: cristian.danisson
Data Hora: 07/08/2020 15:10:57

CONFERE COM ORIGINAL

Em 14/09/2020

Ass.: Neide Laria

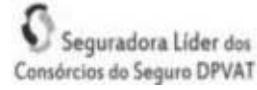
Dr. Maema Gospalves Farias Bertoso
Médic







RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309833/20

Vítima: CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

CPF: 053.373.192-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/08/2020

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO : 053.373.192-56

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: 29/10/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RONALDO DE SOUZA COSTA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, autonomo, portador Cédula de Identidade RG 5118115, SSP/RR, CPF 053.373.192-56, residente e domiciliada na Rua Genesio Alcimiro Lopes, 241, Bairro Senador Helio Campos, CEP 69316-550, Município de Boa Vista - RR.

OUTORGADO: RONALDO SOUZA COSTA, brasileiro, união estável, auxiliar administrativo, RG 164075 SSP/AM, CPF 616.535.942-68, residente e domiciliado na Maria Rodrigues dos santos, Nº 996, bairro Asa Branca, Boa Vista-RR

PODERES: Para requerer o seguro DPVAT por ~~27/02/2021~~ a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de transito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, 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, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

Boa Vista – RR, 07 DE OUTUBRO de 2020.

Carlos Eduardo Ferreira de Carvalho

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO