

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

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

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

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 6	15/02/2021 15:10:23	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div>6.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2783559CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div>			
<div><div>6.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2783559CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div>			
<div><div>6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KIT SEGURADORA LDER.pdf</div><div>Público</div></div>			
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	SISTEMA CNJ
Registro de Distribuição			
2	27/01/2021 17:20:45	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
2ª Vara Cível			
<div>[+]</div> 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](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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.
------------------------------	---

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	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

Carta nº 16276918

Seguradora <b>LÍDER</b> Administradora de Seguros (Pessoa Física)		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL: _____		3 - CPF da vítima: <u>053.323.192-56</u>	
4 - Nome completo da vítima: <u>CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO</u>		5 - Nome completo: <u>CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO</u>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
6 - CPF: <u>053.323.192-56</u>		7 - Profissão: <u>SENADOR M-CAMPOS BOA VISTA</u>	
8 - Endereço: <u>AV. GENESIO ALCANTARA LOPES</u>		9 - Número: <u>241</u>	
10 - Complemento: <u>CASA</u>		11 - Bairro: <u>BOA VISTA</u>	
12 - Cidade: <u>BOA VISTA</u>		13 - Estado: <u>PE</u>	
14 - CEP: <u>69316-550</u>		15 - E-mail: <u>carlos.eduardo@bol.com.br</u>	
16 - Tel. (DDD): <u>95 99115-0318</u>		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: <input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 A R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para beneficiários maiores de idade) <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: <u>2084</u> CONTA: <u>21699</u> <u>2</u> 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 tenho direito, reconhecendo, desde já, e somente após a efetivação do crédito, a quitação total do valor recebido.			
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> 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 2.200-2/2001, art. 1º, § 1º).			
• 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 a proteção integral da lei nº 2.200-2/2001, art. 1º, § 1º, em relação ao Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação do Laudo do IML, considerando, desde já, a minha submissão à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora, para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 2.200-2/2001.			
Declaro que esta autorização não se estende à futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
24 - Data do óbito da vítima: _____			
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____			
26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____			
30 - Vítima deixou marido/esposa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____			
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso provada a indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, dentro de seis meses, ou que não tenham indenizado ou recebido, não sendo obrigada a pagar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.			
34 - Nome legítimo de quem assina a pedido (se rogo): _____			
35 - CPF legítimo de quem assina a pedido (se rogo): _____			
36 - Assinatura de quem assina a pedido (se rogo): _____			
37 - Assinatura de quem assina a pedido (se rogo): _____			
38 - 1ª   Nome: _____ CPF: _____			
Assinatura da testemunha			
39 - 2ª   Nome: _____ CPF: _____			
Assinatura da testemunha			
40 - Local e Data: <u>Boa Vista/PE 13 de Outubro de 2020</u>			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <u>Carlos Eduardo Ferreira de Carvalho</u>			
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 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, IA 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 ATERNDIMENTO BASICO COSME E SILVA.

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


IGOR TAVARES FIGUEIRA  
APC  
MATRÍCULA: 42000757  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

  
CARLOS EDUARDO FERREIRA DE  
CARVALHO  
COMUNICANTE



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: PJT52 K89G9 5GFTZ 7375D





Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

**SEU CÓDIGO**  
0069898-9

**RORAIMA ENERGIA S.A.**  
Av. Capitan Los Gorcez, 491 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.027.022-3

**Nº DANOTA FISCAL**  
5983349 FICAM\*  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 18.438 de 28 de abril de 2002.

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impostos autorizado pela SEFAZ RR/13

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

ALZIRENE FERREIRA DA SILVA LIMA CARVALHO  
CPF: 00074152190230  
R. GENÉSIO ALCÉLIO LOPES 241 - SENADOR HÉLIO CAMPOS  
CEP: 69.316-550 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	14/09/2020	Anterior:	13/08/2020
Emissão:	11/09/2020	Próxima leitura:	14/10/2020
		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)							
	kWh	INJETADO	kWh	INJETADO	kWh	INJETADO	kWh
	TOTIPTA	TOTIPTA	F.PONTA	F.PONTA	INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO
Leit. Atual	32872						
Leit. Anterior	32591						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	281						
Faturado	281						

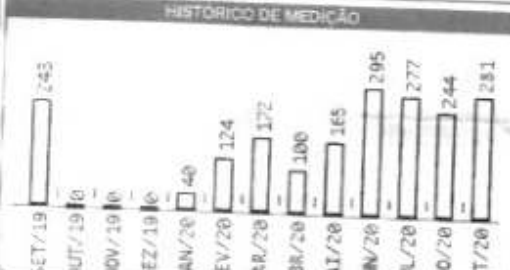
DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	281 A R\$ 0,748099 =	210,21
TOTAL ENCARGOS		269,31

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

DEBITO EM TRÂNSITO  
R\$ 0,00

Médo 12 meses

**HISTÓRICO DE MEDIÇÃO**



**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

ATENÇÃO: A Fatura de Energia Elétrica é paga até o dia 10 de cada mês.  
Parabéns! Até o dia 11/09/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

**RESERVAÇÃO AO FISCO**  
BPS2, DBS5, ADB5, L&L8, C72R, 65/5, 02EC, 27C6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Energia:		DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Distribuição	116,15	Limite	8,85	17,70	35,40
Transmissão	50,88	Realizado	1,82		
Encargos	0,00	FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Perdas	6,57	Limite	8,46	16,92	33,84
		Realizado	1,00		
<b>IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$</b>		DMIC	Mensal		
Base de Cálculo	210,21	Limite	4,82		
ALÍQUOTA	17,00%	Realizado	1,00		
ICMS	35,73				
PIS					





**RORAIMA ENERGIA S.A.**  
Av. Capitão Ene Góes, 491 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Ins. Estadual: 24.007.822-3)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1  
Regime Especial de Impostos autorizado pela SEFAZ RR/TS

Informe este NÚMERO // **0023601-2**

NP DA NOTA FISCAL **6081683 FCAM\***  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
Foi criada pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002.

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

ROSTANI MARIA OLIVEIRA GOMES  
CPF: 000.000.000-00  
R. MARIA RODRIGUES SANTOS 906 - ASA BRANCA  
CEP: 69.112-285 BOA VISTA

**DADOS 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: 1.1.1.3 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Ligação: TRIF Número Medidor: 12LDT00308 Faturamento: NORMAL Modalidade: CONVENC

**DADOS DA LEITURA (kWh)**

	UNID. TOTAL/PA	INLETADO TOTAL/PA	INLETADO F.PONTO	INLETADO INTERMED.	INLETADO INTERMED.	INLETADO INTERMED.	INLETADO INTERMED.	INLETADO INTERMED.
Leit. Atual	7587							
Leit. Anterior	6279							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	1308							
Faturado	1308							

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

CONSUMO	1308 a R\$ 0,748099 =	978,51
ILUMINACAO PUBLICA		23,78

**OUTRAS INFORMAÇÕES**  
INFORMAÇÃO DE CANCELAMENTO  
24/09/2020 00:00:00

**HISTÓRICO DE MEDIÇÃO**

MÊS	CONSUMO (kWh)
SET/19	1222
OUT/19	1457
NOV/19	1209
DEZ/19	1147
JAN/20	926
FEV/20	1316
MAR/20	1347
ABR/20	1355
MAI/20	1264
JUN/20	1096
JUL/20	1780
AGO/20	485
SET/20	1308

Média 12 meses: 1137

**MENSAGENS IMPORTANTES**  
REAVISO DE VENCIMENTO

LEIA BEM O QUE ESTÁ SENDO DITO E FAÇA O QUE VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26  
Parabéns! Até o dia 23/09/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

**RESERVADO AO FISCO** 9207.7AB7.26E2.96DA.FE43.4744.F387.8ECD

**COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$**

Descrição	Valor
Energia:	
Distribuição	540,67
Transmissão	236,77
Encargos	0,00
Perdas	30,62
<b>IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$</b>	
Base de Cálculo:	978,51
<b>ALÍQUOTA</b>	<b>VALOR</b>
ICMS: 17,00%	166,34
PIS: 0,66%	0,66
COFINS: 0,66%	0,66

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	2,32		
<b>FIC</b>	<b>Mensal</b>	<b>Trimestral</b>	<b>Anual</b>
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	2,60		
<b>DMIC</b>	<b>Mensal</b>	<b>DICRI</b>	<b>Mensal</b>
Limite	4,99	Limite	
Realizado	1,82	Realizado	
Conjuntos	Mês apuração		EUSD:





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central 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://www7.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 COAF<sup>1</sup>.

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

Pelo exposto, eu Romildo de Souza Costa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 616535942-168, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.343.192-56

do sinistro de DPVAT cobertura DPV INVALIDEZ 2 da Vítima CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.343.192-56, 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:	Número:	Complemento:
<u>RUA: MARIA RODRIGUES DO SANTOS</u>	<u>996</u>	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>ASA BRANCA</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>PE</u>
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	<u>69</u>	

Local e Data: Boa Vista - PORA/MA 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		1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
		<input type="checkbox"/> Azul	<input type="checkbox"/> Azul	<input type="checkbox"/> Azul	<input type="checkbox"/> Azul
		<input type="checkbox"/> Ass.	<input type="checkbox"/> Ass.	<input type="checkbox"/> Ass.	<input type="checkbox"/> Ass.

07/08/2020 15:10:10 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

Paciente: CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO Data Nascimento: 20/05/2002 Idade: 18 A 2 M 18 D CNS: 704300565806798 CPF: 05337319256

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo: M Estado Civil: NAO Raça/Cor: PARDA Naturalidade: BRASILEIRA

ENTIDADE: A ZIRENE FERREIRA DA SILVA LIMA Contato: Ocupação:

Endereço: RUA - IZIDIO GALDINO DA SILVA - 1922 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

Causa de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: S/A - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Situação: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: CRISTIAN.DANISSON

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

Anamnese de Enfermagem: *Polio* GSC: AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: 15:30h) *Acidente de trânsito (motocicleta)*

Exame Físico: *apresenta escoriações e perda de tecido m.m.s.s.*

Hipótese Diagnóstica: *Fratura rádio ulnária*

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>1. Analgesia 40mg/h. EV</i>		
<i>2. Duplone 1g/1ml EV</i>		
<i>3. Radiografia m.s.d. (punho)</i>		
<i>4. Curativo</i>		
<i>5. Omeprazol 20mg/dia</i>		

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

Objeto: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico: *Neide Lúcia*

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

CONFERE COM ORIGINAL Em 14/09/2020 Ass: Neide Lúcia

Dr. Moema Gonçalves Farias Barbosa Médica

200791346



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE NOROIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GONLO CRUZ

**Pelegar Direito**

*Carlos Eduardo Ferreira da Costa*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 511811-5

20/04/2016

NOME  
**CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO**

PERIÓDO  
**FRANCISCO DAS CHUGAS ALMEIDA DE CARVALHO**  
**ALZIRENE FERREIRA DA SILVA LIMA**

NATURALIDADE  
**BOA VISTA - RR**

DATA DE NASCIMENTO  
**20/05/2002**

CERTID NASC 36759 FLS 172-F LIV A-60  
2 OF BOA VISTA-RR

053.373.172-56 **AMADEU ROCHA TRIANI**  
1 VIA

LEI Nº 7.118 DE 20/06/03

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309833/20

**Vítima:** CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVAL

**CPF:** 053.373.192-56

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 07/08/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS EDUARDO  
FERREIRA DE CARVALHO

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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



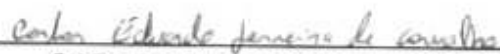
## PROCURAÇÃO

**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 ~~avaria~~ colisão, 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

