

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: 2722352720200522161338

Processo 0800538-04.2020.8.23.0010 ★ - (134 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 10441 - Acidente de Trânsito

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Reais					
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"/> Defensor Público <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"/>					
33 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 33					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	33 22/05/2020 16:13:38	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (07/05/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		33.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="text"/> 2686165IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL01.pdf	Público		
		33.2 Arquivo: Anexo 2 Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="text"/> 2686165IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf	Público		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 11/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 28) JUNTADA DE LAUDO (07/05/2020) e ao evento de expedição seq. 30.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
	32 11/05/2020 11:56:46	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA) em 11/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 28) JUNTADA DE LAUDO (07/05/2020) e ao evento de expedição seq. 29.	DULCEMARY CARDOSO DA SILVA Advogado		
	31 11/05/2020 08:59:33	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 28) JUNTADA DE LAUDO (07/05/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária		
	30 07/05/2020 16:19:43	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 28) JUNTADA DE LAUDO (07/05/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária		
	29 07/05/2020 16:19:43	JUNTADA DE LAUDO	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária		
		PERÍODO DECORRIDO	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária		
	27 06/05/2020 00:12:51	Sem Resposta - (Referente a(o) MANDADO determinado pelo evento CONCEDIDO O PEDIDO (04/02/2020). Parte: CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA	SISTEMA CNJ		
	26 10/03/2020 16:13:43	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: Mariângela Nasário Andrade habilitado até 09/05/2020 (60 dias)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário		
	25 05/03/2020 09:08:02	LEITURA DE MANDADO REALIZADA MANDADO lido em 28/02/2020 - Referente ao evento de expedição (seq. 18) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (11/02/2020 15:12:04). Parte: CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário		
	24 03/03/2020 00:06:34	DECORRIDO PRAZO DE CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA (P/ advgs. de CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA *Referente ao evento (seq. 7) CONCEDIDO O PEDIDO (04/02/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	SISTEMA CNJ		
	23 28/02/2020 11:00:01	RETORNO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 18) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (11/02/2020 15:12:04). Parte: CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA	SOCRATES COSTA BEZERRA Oficial de Justiça		
	22 17/02/2020 11:50:17	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (04/02/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
	21 15/02/2020 00:05:11	DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 12) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 14.	SISTEMA CNJ		
	20 14/02/2020 00:06:16	DECORRIDO PRAZO DE CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA (P/ advgs. de CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA *Referente ao evento (seq. 12) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 13.	SISTEMA CNJ		
	19 12/02/2020 12:57:55	REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 18) em 11/02/2020 15:12:04. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: SOCRADES COSTA BEZERRA. Parte: CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA	Greiciane Jin Servidora Central de Mandados		
	18 11/02/2020 15:12:04	EXPEDIÇÃO DE MANDADO Prazo de 15 dias úteis. Referente ao evento (seq. 7) CONCEDIDO O PEDIDO (04/02/2020 18:02:39). Natureza: Intimação. Parte: CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA. Identificador do Cumprimento: 0001	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário		
	17 10/02/2020 08:58:38	JUNTADA DE PETIÇÃO DE IMPUGNAÇÃO À CONTESTAÇÃO	DULCEMARY CARDOSO DA SILVA Advogado		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 07/02/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 12) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 13.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
	16 07/02/2020 13:29:41	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA) em 06/02/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 12) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 13.	DULCEMARY CARDOSO DA SILVA Advogado		
	15 06/02/2020 13:11:21	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 12) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária		
	14 06/02/2020 12:16:43	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA com prazo de 5 dias úteis - Referente	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária		
	13 06/02/2020 12:16:43				



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08005380420208230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Conforme observado nos documentos médicos apresentados nos autos, os mesmos são inconclusivos, incapazes de comprovar qualquer acompanhamento ou tratamento médico que ateste a invalidez permanente aduzida pelo autor.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

DO LAUDO PERICIAL
DA AUSÊNCIA DE INVALIDEZ E DE AGRAVAMENTO DAS LESÕES

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido no punho direito, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		
		
DADOS DO SINISTRO		
Número: 3190612878	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA	Data do acidente: 08/07/2019	Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA		
Data da análise: 31/10/2019		
Valoração do IML: 0		
Perícia médica: Não		
Diagnóstico: FRATURA DISTAL INCOMPLETA DO RÁDIO DIREITO		
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (P.1)		
Sequelas permanentes:		
Sequelas: Sem sequela		
Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)		
Nome do documento faltante:		
Apontamento do Laudo do IML:		
Conduta mantida:		
Quantificação das sequelas:		
Documentos complementares:		
Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.		
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)
		Total
		0 %
		R\$ 0,00

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no punho direito em grau leve (25%).

Ocorre que conforme documento médico abaixo, o autor não apresentou nenhuma sequela, com a realização de tratamento conservador:

Paciente com diagnóstico de fratura
no radio distal à direita. Encerrada
em tratamento conservador (bracelete
palmar) e acompanhamento ortopédico.
Assim, não se encontra nenhuma
sequela permanente.

Ademais, o próprio laudo pericial se contradiz, tendo em vista informar que a limitação funcional é de forma temporária:

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

mobilização aulo palmar, com limitações
funcional temporária

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no punho direito, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas no segmento.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o punho direito não possuía sequelas permanentes.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de invalidez permanente, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 20 de maio de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR



30 OUT. 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

28/08/2017

114807

ILOR INACIO DE SOUZA

JOSÉ SOUZA DE ASSUNÇÃO
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

CATANDUVAS - PR

07/04/1978

CERTD CAS AVERB DIVORCIO 576 FLS 276 LIV B-02
SÃO LUIZ - RR

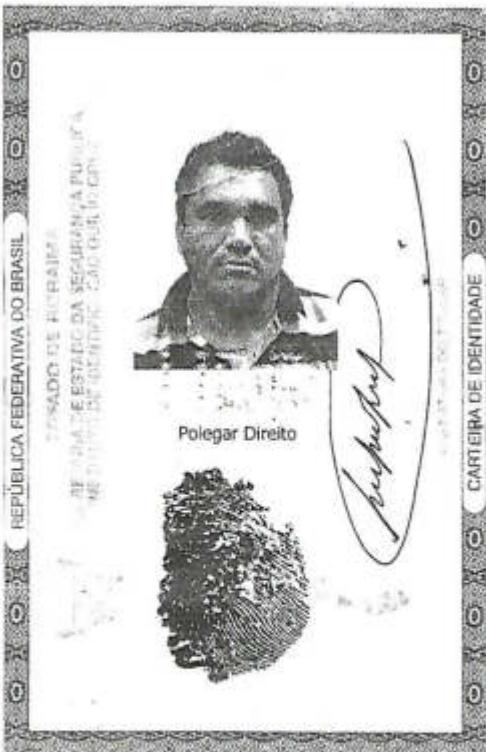
383.051.512-04

AMADEU ROCHA TRIANI

2ª VIA

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

p1



30 OUT. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

Nº 99342447254
Data de Emissão: 01/04/2014

Placa: EBUZ-1754
Modelo: 2014

Proprietário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Condutor:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

Funcionário:
Fábio Henrique da Silva
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20041-135

BILHETE DE SEGURO DPVAT		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
RR Nº 99342447254	RR Nº 99342447254	DATA EMISSÃO	DATA EMISSÃO
01/04/2014	01/04/2014	PLACA	PLACA
EPUZ-1754	EPUZ-1754	NAY1754	NAY1754
PRÉMIO TARIFÁRIO		PRÉMIO TARIFÁRIO	
DATA DO SEGURO INÍCIO:	DATA DO SEGURO INÍCIO:	DATA DO SEGURO FIM:	DATA DO SEGURO FIM:
R\$ 145,00	R\$ 145,00	R\$ 145,00	R\$ 145,00
VALOR TOTAL PREMIOS:	VALOR TOTAL PREMIOS:	VALOR TOTAL PREMIOS:	VALOR TOTAL PREMIOS:
R\$ 292,00	R\$ 292,00	R\$ 292,00	R\$ 292,00
CORRIDA		CORRIDA	
VALOR:	VALOR:	VALOR:	VALOR:
R\$ 145,00	R\$ 145,00	R\$ 145,00	R\$ 145,00
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A CNPJ: 09.228.008/0001-04			

30 OUT. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190612878 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL INCOMPLETA DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (P.1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190612878 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL INCOMPLETA DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (P.1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

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, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190612878

Vítima: CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA

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



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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190612878

Vítima: CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 08/07/2019, emitido pelo Dr. GIVAGGO HENRIQUE RODRIGUES DA SILVA CRM nº 1803 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 664.064.062-34 4 - Nome completo da vítima: Clark Glab de Araujo Bezerra

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

5 - Nome completo: Clark Glab de Araujo Bezerra 6 - CPF: 664.064.062-34
 7 - Profissão: Repórter 8 - Endereço: Rua: Aquearue 9 - Número: 203 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Cidade Satelite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:
 15 - E-mail: slervr@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (65) 99154-4282

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 3905

CONTA: 00000598

(Informar o dígito se existir)

3 (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 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.

30 OUT. 2019

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 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, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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 Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascitur (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 Lider 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 29/10/2019

+Criança apelidada de PENEIRADA.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026099/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/08/2019 07:52 Data/Hora Fim: 19/08/2019 08:08
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 08/07/2019 10:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AV. BRILHO DO SOL

Bairro: Raial do Sol

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Repórter

Nome da Mãe: Maria das Graças de Araujo Bezerra

30 OUT. 2019

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA AQUARIO N°: 203
Complemento: CONDOMINIO AUARIS
Bairro: CIDADE SATELITE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a Esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia UMA MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES DE COR VERMELHA PLACA NAY-1752 CHASSI 9C2JC41209R009485 que está em nome do Sr. Manoel da Cruz Silva e seguia pela av. Brilho do Sol QUANDO ao tentar realizar uma Curva perdeu o controle da Motocicleta vindo a sofrer uma Queda. Que devido ao acidente o comunicante sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pôr populares, Registro somente para fins do seguro DPVAT. Era o relato.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026099/2019

ASSINATURAS

Ermandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ermandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

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

CARTÓRIO LOUREIRO
AV. VILA BOV. N° 3800 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (65) 3034-6097 - ATENDIMENTO: CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

AUT: Conferi com o Documento Original Apresentado. Dou fé
CGL: Em testemunho / *M* da verdade.
Boa Vista-RR, 28/08/2019
End.: 2,45, FUNDEJUR.R:0.25, FISC:0.10, FECON:0.10, ISS:0.10 Vlr Selo:
Selo: RECFIR15834522KYV21VDMW1BJ24
Consulte seu sello: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 92848789200

Marjory C. C. Esbel Brighio
Escrivente Autorizada
Cartório Loureiro



30 OUT. 2019

EM BRANCO

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: 664.064.062-34 4 - Nome completo da vítima: Clark Gláuber de Araújo Bezerra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Clark Gláuber de Araújo Bezerra 6 - CPF: 664.064.062-34
 7 - Profissão: Repórter 8 - Endereço: Rua: Agenorino 9 - Número: 203 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:
 15 - E-mail: gleivore@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (65) 9154-4282

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 3905 CONTA: 00000 598 3 (Informar o dígito se existir)	(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 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.

30 OUT. 2019

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 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, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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, informar Vivos: Falecidos: 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 Lider 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 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
---	--

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 29/10/2019

+ Lívia Gláuber de Araújo Bezerra

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CNPJ: 25.925.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 25.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 09.305-010

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 1148036 Agosto/2019

Dados do Cliente:

CLARK GLAB ARAUJO PEZERRA

Endereço para entrega:

RUA AQUARIO, BL., 1-1 - AP. 101 - MARIS -
CIDADE SATELITE BOA VISTA RR F-17-482

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.031.074.0010.312	17	710	RESIDENCIAL

Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		CORTADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM DE DIAS
LEITURA FAT.		10	0

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

		Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
		Informações das Anotações Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.					
		AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	E.COLT
201907	10-0	EXIGIDAS	100	100	100	100	100
201906	10-0	ANALISADAS	200	200	200	200	200
201905	10-0	CONFORMES	200	200	200	200	200
201904	10-0						
201903	10-0						
201902	10-0						
MÉDIA	10						

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
-------------	---------	------------

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA 10 M3 23,83

ESGOTO 80,0 % DO VALOR DE ÁGUA 19,06

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019 0,85

VENCIMENTO	15/09/2019	TOTAL A PAGAR	43,74
------------	------------	---------------	-------

AVISO: EM 30/06/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1148036	08/2019	15/09/2019	43,74

82640000000-4 43740004001-4 00114803601-3 08201910003-9



Via do Cliente

Via da CEF

30 OUT. 2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Gómez, 681 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ 02.341.470/0001-44 | insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 30/13

Nº da Nota Fiscal 003539251

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	11/09/2019	133	233,33

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021730

DADOS DA LEITURA	KWH	KVARTH	DATAS DA LEITURA
	54144		27/08/2019
Atual:	54011		Atual:
Anterior:	1.000		25/07/2019
Constante de Multiplicação:	133		26/09/2019
Consumo Médio	133	FCAM	26/08/2019
Consumo Faturado:			27/08/2019

NORMAL

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Pasta	Código Fel.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2207345	N 1519404	1.1.1.2	211

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano		CONSUMO	133 A R\$ 0,772737 = 102,77
07/19	13	DESC. S/MULTA PARCELAM. 6/7	0,91-
07/19	206	DESC. S/JUROS PARCELAM. 6/7	1,49-
MAR/19	168	CORR. MONETÁRIA TCD (IG 6/7	3,82
ABR/19	269	PARCELAMENTO DE DÉBITO 6/7	87,09
MAR/19	279	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	42,05
FEV/19	203		
JAN/19	187		
DEZ/18	181		
NOV/18	258		
OUT/18	262		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
	0 R\$ 133 - 0,63450		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de
07/2019 252,31 energia elétrica a partir de 11/09/2019, em função das contas
revisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEMSA. Informamos
ainda existirem contas vencidas(s) e já revisadas(s) no
valor de R\$ 568,95 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA A OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 4557.A4A1.BAAZ.0893.93AF.DE2C.6117.FAD4

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	26,14	Base de Cálculo:	102,77
Energia:	55,40	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	17,47
Encargos:	2,87	Valor do PIS:	0,15
Tributos:	18,36	Valor do COFINS:	0,74

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
1,08 5,00 0,31
06/2019 67,58

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021730

30 OUT. 2019

 RORAIMA
ENERGIA

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Gómez, 681 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ 02.341.470/0001-44 | insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO 0109029-1 TOTAL A PAGAR - R\$ 233,33

MÊS FATURADO 08/2019 VENCIMENTO 11/09/2019

Nº da Nota Fiscal 003539251 FCAM

83690000002 4 33330075000 2 00000000109 9 02910319008 2



SEQ.: 00071 UC: 0109029-1 DT.LEIT.: 27/08/2019 T.ENTR.: 01

LEITURA: 54144 NORMAL TOTAL: 233,33 CARGA: 008

DT.VENC.: 11/09/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

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 a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.²

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

Pelo exposto, eu José Sávio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051-512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Clark Glash Araujo Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 664.064.062/34

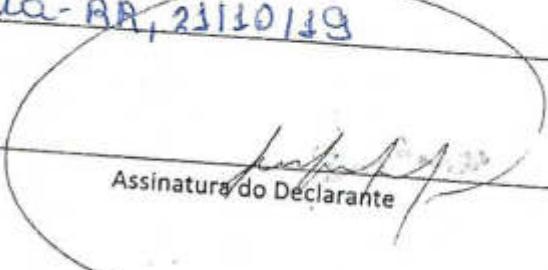
do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado da Vítima Clark Glash Araujo Bezerra

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 664.064.062 / 34, 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 Pinheiro Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.309-209</u>	
E-mail:	<u>Isolivr@hotmail.com</u>						Tel.(DDD):	<u>(65) 99854-4282</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 23/10/19


Assinatura do Declarante

1901132956	08/07/2019 11:05:32	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	22		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
CLARK GLAB ARAUJO BEZERRA		08/02/1980	39 A 5 M 0 D		66406706234	00009235	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	162510	SSP		M	SOLTEIRO(A)	BRANCA	BOA VISTA - RR
Mãe					Pai		BRASILEIRA
Maria das Gracas A. BEZERRA					FRANCISCO DAS CHAGAS A. LIMA	(95) 99152-0750	Contato
Endereço	RUA - AQUARIO APTO 203 BLOCO 11 - SN - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR						Ocupação
							RECEPCIONISTA
Class. do Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validado	Autorização	Sis Prenatal		
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
OUTROS	URGÊNCIA						
Sator	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA				REILA.RODRIGUES		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						

Anamnese do Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA <u>11:06</u> h)	<u>Colisão</u> inerte vs muro.
Exame Físico	<u>Dor e deformidade do</u> <u>antebraço. O</u>

Hipótese Diagnóstica	<u>FRACTURA DE RÁDIO DIGITAL</u> <u>AVOID INCOMPLETO</u>
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RÁDIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:
PRESCRIÇÃO	<u>Ortose</u> <u>PIPERACIL 1g</u> <u>3x dia</u> <u>mano</u>
	<u>Ortopedia: GESSO AXIOLADMAR</u>
	<u>DATA: 12/07/2019</u> <u>Hora: 11:06</u> <u>Assinatura: Henrique Rodrigues</u>
APRAZAMENTO	
OBSERVAÇÃO	

Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Informação
Óbito		<input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta: / /
Antes do 1 ^a Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família () COCOR () IML Anatomia Patológica	<input type="checkbox"/> A presente <input type="checkbox"/> Crítico

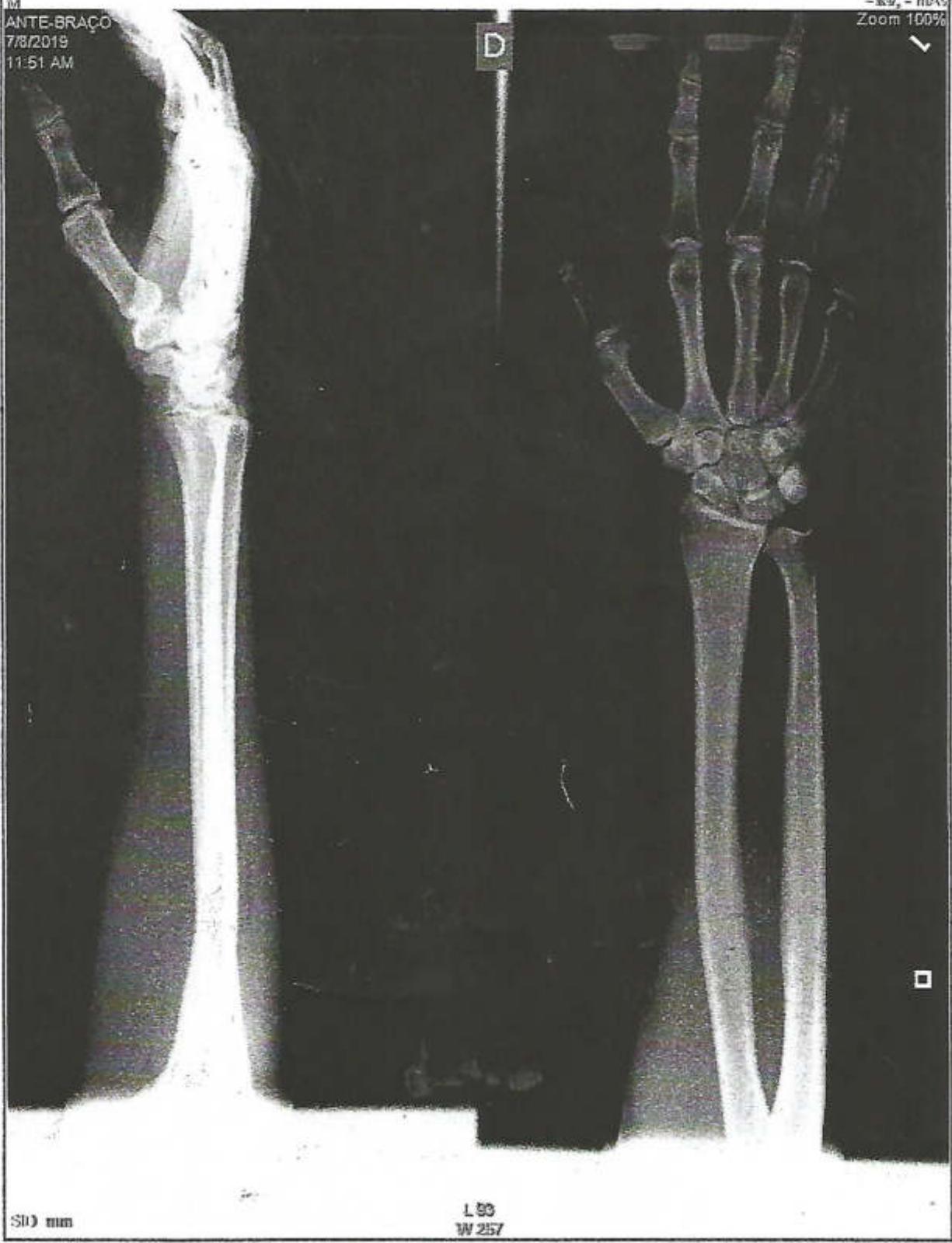
Assinatura do Paciente ou Responsável	<u>D. CLARK GLAB ARAUJO BEZERRA</u>	Carimbo e Assinatura do Médico
---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------



Not intended for official interpretation.

CLRK GLEB
PACS-2248903309
M
ANTE-BRACO
7/8/2019
11:51 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA
Operator ID RAI0000000000000000
- kV, - mAs
Zoom 100%



30 OUT. 2019

Not intended for official interpretation.

CLRK GLEB
PACS-2248903309

M

ANTE-BRAÇO
7/8/2019
11:50 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA
Operator IXRADIOX/usuario
- KV - mAs
Zoom 100%



SID mm

L 97
W 262

30 OUT. 2019