

## 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: 2722360020200522161828

## Processo 0802245-07.2020.8.23.0010 ☆ - (119 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b> <p>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</p> <p>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</p>					
<b>Filtros</b> <p>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</p> <p>Sequencial(Intervalo): _____ ao _____ Data do Movimento(Período): _____ à _____</p> <p>Descrição: _____</p>					
36 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 36					500 por pág. 1
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	36	22/05/2020 16:18:28	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	
	36.1	Arquivo: Pedido de juntada	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2690482IMPUGNACAOAOALAUDOPERICIAL01.pdf	Público
	36.2	Arquivo: Anexo 2	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2690482IMPUGNACAOAOALAUDOPERICIALAnexo02.pdf	Público
	35	16/05/2020 00:01:49	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS)) em 15/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020) e ao evento de expedição seq. 32.	SISTEMA CNJ	
	34	06/05/2020 09:38:29	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 06/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020) e ao evento de expedição seq. 33.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	
	33	05/05/2020 18:03:33	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA <b>Analista Judiciária</b>	
	32	05/05/2020 18:03:33	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS) com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA <b>Analista Judiciária</b>	
<input type="checkbox"/>	31	05/05/2020 18:03:19	<b>JUNTADA DE LAUDO</b>	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA <b>Analista Judiciária</b>	
<input type="checkbox"/>	30	13/04/2020 21:34:57	<b>JUNTADA DE CERTIDÃO</b>	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA <b>Analista Judiciário</b>	
	29	12/03/2020 11:06:01	<b>RENÚNCIA DE PRAZO DE RONALDO SILVA SANTOS (NOME CIVIL RONALDO SILVA SANTOS)</b> Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020)	PAULO SERGIO DE SOUZA <b>Advogado</b>	
	28	10/03/2020 16:17:11	<b>HABILITAÇÃO PROVISÓRIA</b> Perito Oficial: Mariângela Nasário Andrade habilitado até 08/06/2020 (90 dias)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA <b>Analista Judiciário</b>	
	27	09/03/2020 11:00:55	<b>RENÚNCIA DE PRAZO DE RONALDO SILVA SANTOS (NOME CIVIL RONALDO SILVA SANTOS)</b> Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2020)	PAULO SERGIO DE SOUZA <b>Advogado</b>	
	26	09/03/2020 08:13:54	<b>JUNTADA DE COMPROVANTE</b> Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 17) em 11/02/2020 - Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020). Parte: RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA <b>Analista Judiciário</b>	
<input type="checkbox"/>	25	05/03/2020 12:37:21	<b>RETORNO DE MANDADO</b> Referente ao evento (seq. 17) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (11/02/2020 15:52:32). Parte: RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS)	Martha Alves dos Santos <b>Oficial de Justiça</b>	
	24	28/02/2020 00:09:15	<b>DECORRIDO PRAZO DE RONALDO SILVA SANTOS (NOME CIVIL RONALDO SILVA SANTOS)</b> (P/ advgs. de RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS) *Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 14.	SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/>	23	17/02/2020 11:53:14	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	
	22	17/02/2020 00:05:02	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS)) em 17/02/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 14.	SISTEMA CNJ	
	21	17/02/2020 00:04:04	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS)) em 17/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 11) EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 12.	SISTEMA CNJ	
	20	15/02/2020 00:05:11	<b>DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A</b> (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 15.	SISTEMA CNJ	
	19	14/02/2020 00:01:47	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS)) em 13/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ	
	18	12/02/2020 12:59:10	<b>REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO</b> Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 17) em 11/02/2020 15:52:32. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: Martha Alves dos Santos. Parte: RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS)	Greiciane Jin <b>Servidora Central de Mandados</b>	
<input type="checkbox"/>	17	11/02/2020 15:52:32	<b>EXPEDIÇÃO DE MANDADO</b> Prazo de 15 dias úteis. Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO(06/02/2020 12:16:41). Natureza: Intimação. Parte: RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS). Identificador do Cumprimento: 0002	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA <b>Analista Judiciário</b>	
			<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>		



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

Processo: 08022450720208230010

**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 **RONALDO SILVA SANTOS**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

**BANCO DO BRASIL**

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/01/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO SILVA SANTOS

BANCO: 104  
AGÊNCIA: 03906  
CONTA: 000000014196-3

---

Nr. da Autenticação E6A860C2EDC525D3

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

b)  Parcial (dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar-se o dano é:

b.1  Parcial Completo (dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2  Parcial Incompleto (dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º, da Lei 6.194/74, com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatómico Marque aqui o percentual

1ª Lesão clavícula direita  10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intense

2ª Lesão  10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intense

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 <small>Administradora de Seguros DPVAF</small>		
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
Número: 3200006673	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: RONALDO SILVA SANTOS	Data do acidente: 11/10/2019	Seguradora: MAPFRE VIDA S/A		
<b>PARECER</b>				
Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.				
Descrição do exame físico: OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO.				
Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 40 DIAS; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.				
Sequelae permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.				
Sequelae: Com sequela				
Data do exame físico: 13/01/2020				
Conduta mantida:				
Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO OMBRO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
<b>DANOS</b>				
<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 20 de maio de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**



1901172586 11/10/2019 09:15:53 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 10

Paciente: **RONALDO SILVA SANTOS** Data Nascimento: **05/05/1981** Idade: **38 A 5 M 6 D** CNS: **71011897253** CPF: **71011897253** Prontuário

Tipo Doc: **IDENTIDADE** Documento: **221639** Órgão Emissor: **SSP/RR** Data Emissão: **01/09/2009** Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor: **PARDA** Naturalidade: **IMPERATRIZ - MA** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Mãe: **MARIA ODETE SILVA SANTOS** Pai: **FRANCISCO TAVEIRA DOS SANTOS F** Contato: **(95) 99167-5989**

Endereço: **RUA - RIO GRANDE DO NORTE - 774 - ESTADOS - BOA VISTA - RR** Ocupação:

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

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Sector: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **TRANSPORTADO POR TER** Procedimento Sol.: Registrado por: **ERBEJONE.SIMPLICIO**

Queixa Principal:  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC: AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)  
**TRAUMA CONTUSO NO OMBRO E COTOVELO @ 9h12**  
**ADRENALINA COM MOTOCICLISTA (SIC)**

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

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

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: *[Assinatura]*

Carimbo e Assinatura do Médico: **Dr. Elder Soares** Ortopedia e Traumatologia CRM 1928/PR

Impressão por: **erbejone.simplicio** Data Hora: **11/10/2019 09:16:42**

Carimbo: **CLIVAGIO Henrique R. da Silva** CRM 3000N - RORAIMA **CRISTINA 1679**

Barcode: 1901172586

Vitor G.

~~FA Clavícula~~

~~- CD subclavicular~~

---



.D



RONALDO SILVA SANTOS

12732

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/11/2015

Claudio Galdo

121 3 4K

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2015

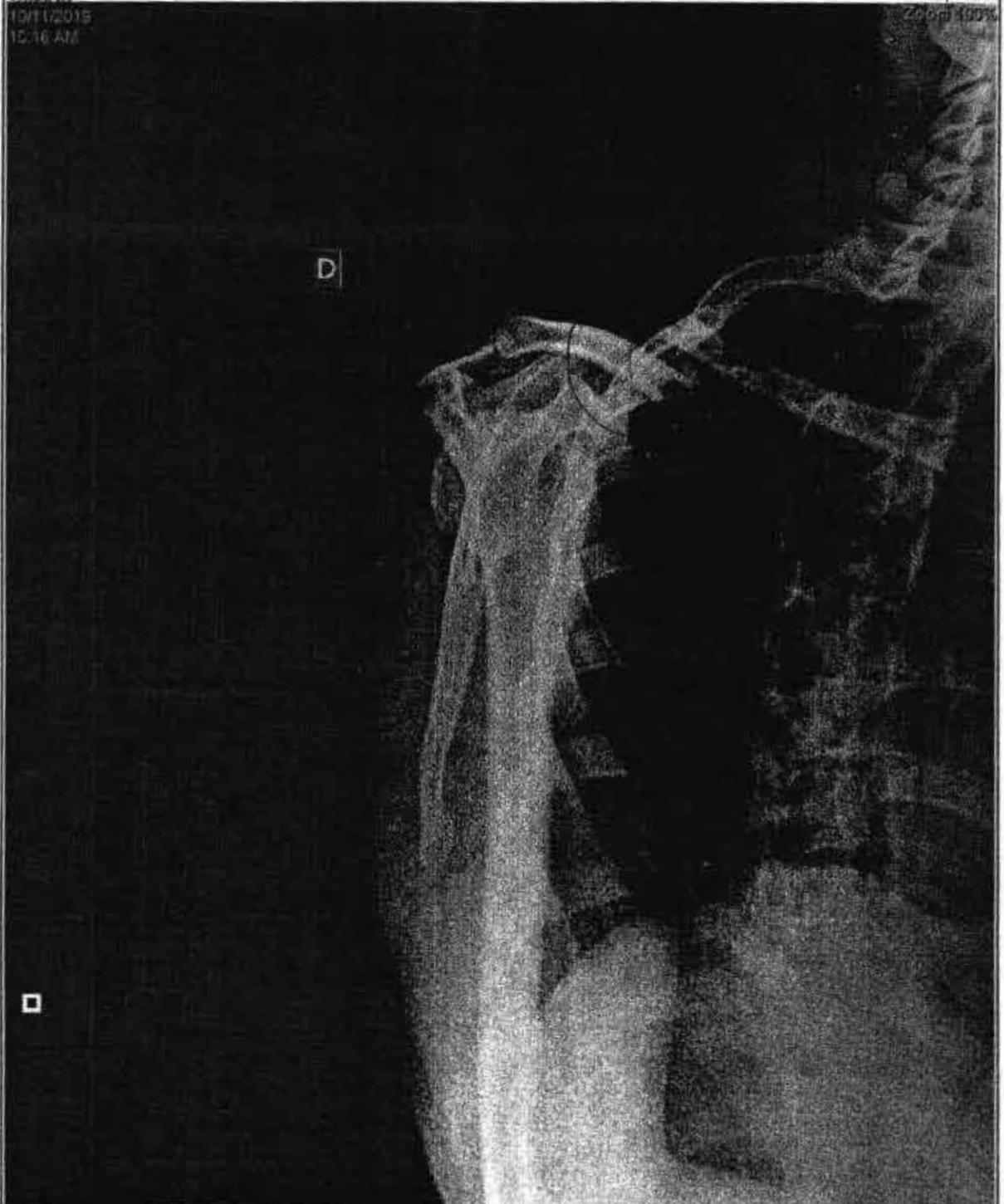
12:16 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator: RORAIMA/Usuario

- kV, - mAs

22.0 g 800%



510 mm

L 128  
W 2195

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2019

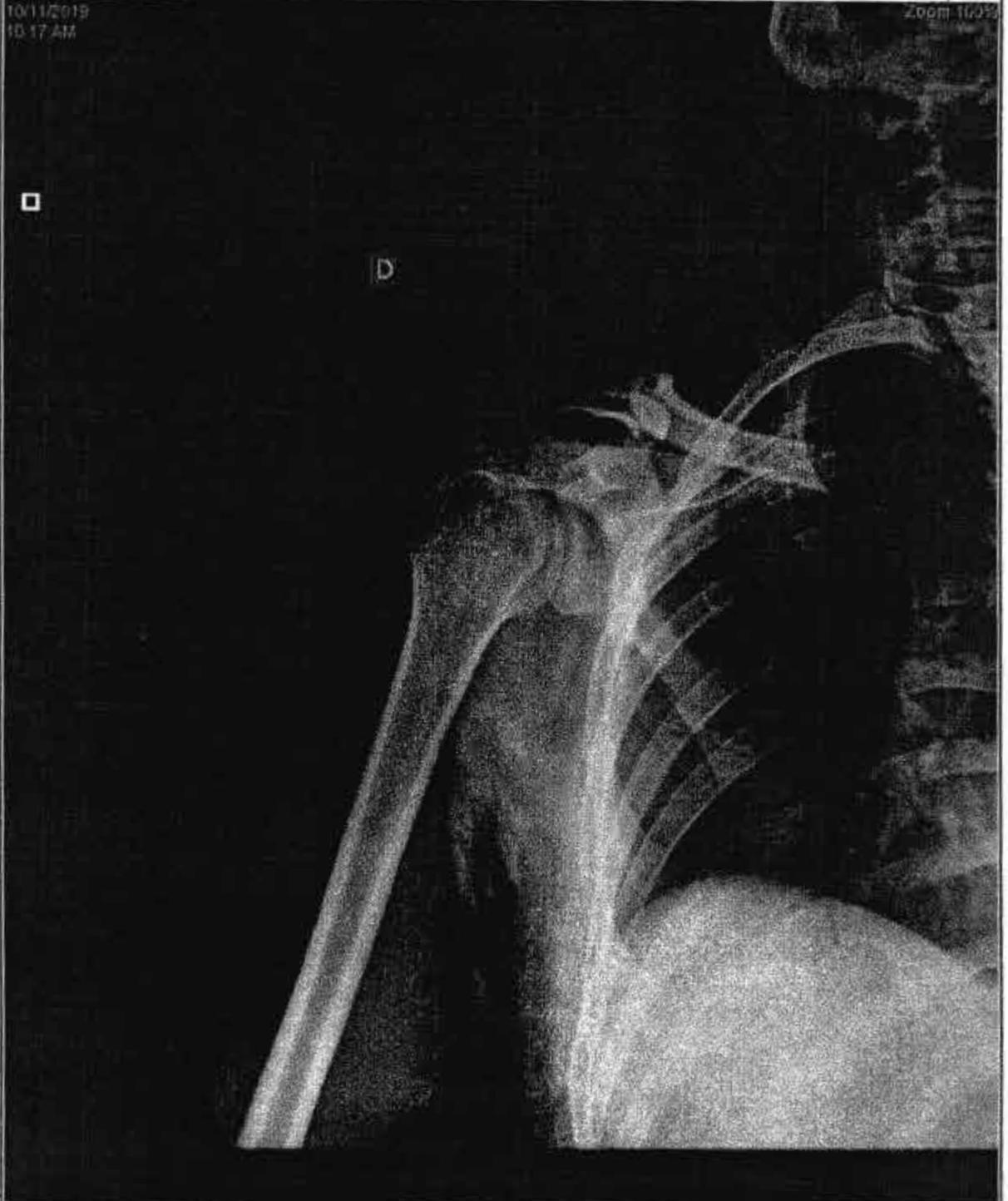
10:17 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator NORAIO/Agustino

- kV, - mAs

Zoom 100%



SRD mm

L 128  
W 250

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2018

10:20 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator: DRAID/Asuaris

.kV, .mAs

Zoom 100%

Σ

D

□

SID mm

L 120  
W 2105



GOVERNO DE RORAIMA  
 "AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
 COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Ronaldo Silva Jaiter

RECIBO Nº

honda médico

Paciente com fratura de clavícula  
 direita (CID 962.0) há 26 dias em  
 tratamento com armodilgipol  
 guada. Recusa de 1a (degressão) dia  
 de afastamento de suas atividades laborais  
 contar desta data

Dr. Fernando Rezende  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 2087

DATA 06/11/21

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
 Rua Coronel Pires, 825 - Centro-10a Vila 101  
 CEP: 69.201-150 - CNPJ: 14.013.405/0001-01

## Laudo Médico

Ronaldo Lima Santos, C.I 221639 SSP-RR, vítima  
de acidente de moto, conforme ficha de atendimento  
1903172586 - de 11/10/2019 do P.S. Francisco Gilson.

Exame radiológico da clavícula direita revelou fratura  
de três níveis, sendo realizado tratamento conservador.  
Revisando evoluiu com deformidade pós-consolidação com  
encurtamento da clavícula direita, apresentando limitação  
para mobilidade (flexão, abdução e rotação) do membro  
superior direito, além de redução de força em cerca  
de 70%.

Conclusão: Sequela funcional permanente de  
membro superior direito.

Boa Vista, 03/01/2020

  
Dr. Francisco F. Farias  
CRM: 365-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILHO CRUZ



Polegar Direito



*Ronaldo Silva Santos*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 221639

PROV. DE DISTRITO

28/05/2008

PRIMEIRO NOME RONALDO SILVA SANTOS

FILHO FRANCISCO TAVELDA DOS SANTOS FILHO

MARIA ROSETE SILVA SANTOS

NACIONALIDADE IMPERATRIZ - MA

PROV. ORDEM CERTID. NASC. 35.644 FLS. 33 LIV. 48 A

CNPJ IMPERATRIZ - MA

DATA DE NASCIMENTO 05/05/1981

718.118.972-53

2 VILA

*Ronaldo*  
Ass. do Chefe de Pol. de Ident. de Aracaju  
Diretor IV IDC

LEI Nº 7.116 DE 24/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODEBIO CRUZ



Polgar Direito



Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
DE GÊNERO 357835-5

DATA DE  
EXPIRAÇÃO

28/01/2016

NOME  
RAIMUNDO NONATO SILVA

FILIAÇÃO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

LOCAL DE  
CONHEÇA

CERTID MASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

CPF

475.628.463-91

AMADEU ROCHA TRIANI

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODEBIO CRUZ

3 VIA

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

P 7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RIOIANGA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO DOBILIO CRUZ




Polegar Direito

Ronaldo Silva Santos

ALICATAMENTO Nº 10116411

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 221629

NOME RONALDO SILVA SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO TAVETRA DOS SANTOS FILHO

MARIA DRETE SILVA SANTOS

NACIONALIDADE IMPERIALITZ - MI

DOC. CIVIL Nº 718.118.972-53

CERTID. NASC. Nº 35.644 FLS. Nº 30

IMPERIALITZ - MI

DATA DE EXPEDICAO 28/05/1981

DATA DE NASCIMENTO 05/05/1981

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

Assinatura do Chefe do Serviço de Assinatura

P. 1



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 357635-5 DATA DE EMISSÃO 28/01/2016

NOME RAYMUNDO MONATO SILVA

PRIMEIRO SOBRENOME PEREIRA

VARGELINA PEREIRA SILVA

NACIONALIDADE VARGEM GRANDE - MA

DATA DE NASCIMENTO 15/09/1968

CPF 475.628.463-91

RESIDÊNCIA SOCIAL CERTO MASC 7560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE - MA

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 2002/03

P 7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DEBILIO CRUZ




Polegar direito

ASSINATURA DO TITULAR

Raimundo Abunã Silva

CARTERA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 011486468912  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 DDB RENAVAM 00595728251 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2015

NOME  
EDUARDO HATEUS LEONEL  
RR

CPF / CNPJ PLACA  
024.335.702-80 NAY2869

PLACA ANT. UF CHASSI  
NAY2869 RR 9C2KC1680ER492475

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLONADO 6115 ALCO/0450L

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG150 FAN ESDI 2013 2014

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA C.C. PREDOMINANTE  
2P/0149CC/ PARTICU PRETA

IPV	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
X	PAGO	1*****	
	FAIXA LPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2*****
A	PAGO COTA ÚNICA		3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
28/06/2014

**SEGURO OBRIGATORIO**

OBSERVAÇÕES  
AL.FID. ADM. DE OTIM. NACIONAL HONDA LTD \*  
PROIB. SAIS. DE ANAZ. UCID \*

LOCAL DATA  
BOA VISTA-RR 28/06/2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011486468912 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
024.335.702-80 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEM-NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatSegurodotransito.com.br](http://www.dpvatSegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2015 28/06/2016

VIA 01 CPF / CNPJ PLACA  
024.335.702-80 NAY2869

RENAVAM MARCA / MODELO  
00595728251 HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. CAT. TAB. Nº CHASSI  
2013 9C2KC1680ER492475

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	CONTRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$129,04	R\$14,34	R\$143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SERVIÇO DO SEGURO (R\$)
R\$4,15	R\$1,11	R\$292,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO 28/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04  
[www.Seguradoralider.com.br](http://www.Seguradoralider.com.br)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 011486468912  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 CDB-RENAVAM: 00595728251 R.N.T.R.C.: EXERCÍCIO: 2015

NOME: EDUARDO MATEUS LEONEL



CPF / CNPJ: PLACA: 024.335.702-80 NAY2869

PLACA ANT./UF: CHASSI: NAY2869 RR 9C2KC1680ER492475

ESPÉCIE TIPO: COMBUSTÍVEL: CAR/NOTOCICLETA/NAO SELIC ALCO/BASCL

MARCA/MODELO: ANO FAB: ANO MOD: HONDA/CG150 FAN ESDI 2015 2014

DAP/POT/CIL: CATEGORIA: COR PREDOMINANTE: 2P/0149CC/ PARTICU PRETA

COTA UNICA: VENC. COTA UNICA: VENC. COTAS: 1\*\*\*\*\*

Faixa LPVA: PARCELAMENTO COTAS: 2\*\*\*\*\*

\*\*\* PAGO COTA UNICA: 3\*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 4.15 DATA DE PAGAMENTO: 28/06/2016

AL.FID. ADM. VENDEDOR NACIONAL HONDA LTD \*  
PROIB. SALES TO AMAZ. UCID \*  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL: BOA VISTA-RR DATA: 28/06/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011486468912 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatSegurodotransito.com.br](http://www.dpvatSegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: DATA EMISSÃO: 2015 28/06/2016

VIA: CPF / CNPJ: PLACA: 01 024.335.702-80 NAY2869

RENAVAM: MARCA / MODELO: 00595728251 HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB: COTAS: Nº CHASSI: 2015 9C2KC1680ER492475

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAB (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$129.04	R\$14.34	R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
R\$4.15	R\$1.11	R\$292.01

PAGAMENTO:  COTA UNICA  PARCELADO DATA DE QUILIZAÇÃO: 28/06/2016

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04  
[www.Seguradoralider.com.br](http://www.Seguradoralider.com.br)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006036/20

**Vítima:** RONALDO SILVA SANTOS

**CPF:** 710.118.972-53

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 11/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RONALDO SILVA SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91**

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

### **RONALDO SILVA SANTOS : 710.118.972-53**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 07/01/2020  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200006673

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RONALDO SILVA SANTOS

**Data do acidente:** 11/10/2019

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Descrição do exame físico:** OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 40 DIAS; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO OMBRO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200006673

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RONALDO SILVA SANTOS

**Data do acidente:** 11/10/2019

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Descrição do exame físico:** OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 40 DIAS; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO OMBRO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200006673

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RONALDO SILVA SANTOS

**Data do acidente:** 11/10/2019

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** &@(P8)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200006673

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RONALDO SILVA SANTOS

**Data do acidente:** 11/10/2019

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** &@(P8)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

NOME: RONALDO SILVA SANTOS  
NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
RG: 221639 CPF: 710.118.972-53 ENDEREÇO: RUAVAV,  
RUA 07 de Setembro N° 181  
BAIRRO: ALVORADA CIDADE: BOA VISTA /RR  
CEP 69 317 188

VÍTIMA: RONALDO SILVA SANTOS  
CPF: 710.118.972-53 DATA DO ACIDENTE: 1/1  
NATUREZA: ( ) DAMS (x) INVALIDEZ ( ) MORTE

## OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016  
Nº CPF: 475.628.463-91  
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

## PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista, 07 de Novembro de 2019

Ronaldo Silva Santos

Assinatura

## Reconhecimento por autenticidade.



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: RONALDO SILVA SANTOS  
NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
RG: 221639 CPF: 710.118.972-53 ENDEREÇO: RUA/AV,  
RUA 07 de Setembro, Nº 181  
BAIRRO: ALVORADA CIDADE: BOA VISTA /RR  
CEP 69 317 188

VÍTIMA: RONALDO SILVA SANTOS  
CPF: 710.118.972-53 DATA DO ACIDENTE:  / /  
NATUREZA: ( ) DAMS (x) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016  
Nº CPF: 475.628.463-91  
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Emprego, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista, 07 de Novembro de 2019

Ronaldo Silva Santos

Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006036/20

**Vítima:** RONALDO SILVA SANTOS

**CPF:** 710.118.972-53

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 11/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RONALDO SILVA SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91**

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

### **RONALDO SILVA SANTOS : 710.118.972-53**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 07/01/2020  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416950/19

**Vítima:** RONALDO SILVA SANTOS

**CPF:** 710.118.972-53

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RONALDO SILVA SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### RONALDO SILVA SANTOS : 710.118.972-53

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 26/11/2019  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200006673  
Nome do(a) Examinado(a): Ronaldo Silva Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): 99114-4021, 181 Casa  
Alvorada Boa Vista RR CEP: 69317-188  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RR ] 221639  
Data local do acidente: [ 11/10/2019 ]  
Data local do exame: [ 13/01/2020 ] BOA VISTA [ RR ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE FRATURA DA CLAVÍCULA D**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: VITIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 40 DIAS; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019**  
**Complicações: OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO**  
**Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
 **Sim**       Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
 **Sim**       Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO**  
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |  |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>OMBRO - Lado Direito</b><br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input checked="" type="checkbox"/> <b>50% médio</b> <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

**Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho**  
CPF - 378.315.502-91  
CRM/RR - 1032

  
Dra. Regina Claudia R. M. Alho  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
ROE: 177

---

**Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200006673**

**Vítima: RONALDO SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 11/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RONALDO SILVA SANTOS**

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



---

**Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200006673**

**Vítima: RONALDO SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 11/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), RONALDO SILVA SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



---

**Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200006673**

**Vítima: RONALDO SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 11/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RONALDO SILVA SANTOS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **RONALDO SILVA SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003906**

Conta: **000000014196-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

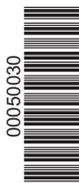
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 710.118.972-53 4 - Nome completo da vítima: RONALDO SILVA SANTOS**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**5 - Nome completo: RONALDO SILVA SANTOS 6 - CPF: 710.118.972-53  
7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: RUA 07 de Setembro 9 - Número: 161 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ALVORADA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-188  
15 - E-mail: ronaldo.silva.638@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 991194021**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3906 CONTA: 0001496 3 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

**22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE** Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ainda não)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista 15/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Raimundo Nonato Silva

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 710.118.972-53 4 - Nome completo da vítima: RONALDO SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: RONALDO SILVA SANTOS 6 - CPF: 710.118.972-53  
7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: AVIA 07 de setembro 9 - Número: 181 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ALVORADA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-108  
15 - E-mail: ronaldo.silva.638@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (957) 991144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 3706 CONTA: 0001496 3 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista 03/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Ronaldo Silva Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver)  
Raimundo Nonato Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 039308/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 07/11/2019 11:19 Data/Hora Fim: 07/11/2019 11:42  
Origem: Polícia Judiciária Data: 07/11/2019  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 11/10/2019 07:30

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Equatorial  
Logradouro: Dos Garimpeiros  
Complemento: Cruzamento com à Rua Santa Maria  
Ponto de Referência: Supermercado Gavião  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB )	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

Nome Civil: RONALDO SILVA SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO )			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: MA - Imperatriz	Sexo: Masculino	Nasc: 05/05/1981
Profissão: Repositor		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria Odete Silva Santos		Nome do Pai: Francisco Taveira dos Santos Filho	

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 710.118.972-53

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: 07 de Setembro Nº: 181  
Complemento: Apartamento  
Bairro: Alvorada  
Telefone: (95) 99167-5989 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )
--

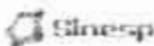
Nacionalidade: Brasileira

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 024.335.702-80	<b>Placa</b> NAY-2869
<b>Renavam</b> 00595728251	<b>Número do Motor</b> KC16E8E492475
<b>Número do Chassi</b> 9C2KC1680ER492475	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2014/2013
<b>Cor</b> PRETA	<b>UF Veículo</b> Roraima





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039308/2019

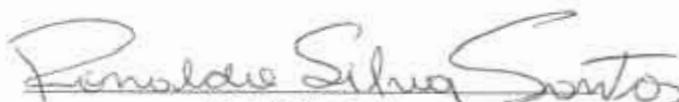
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG150 FAN ESDI
<b>Modelo</b> HONDA/CG150 FAN ESDI	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Nome Envolvido</b> Ronaldo Silva Santos	<b>Envolvimentos</b> Possuidor
<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
<b>Veículo Adulterado?</b> Não	<b>Quantidade</b> 1 Unidade
<b>Situação</b> Meio Empregado	
<b>Nome Envolvido</b> Desconhecido 1	<b>Envolvimentos</b> Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 04742509879), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta devidamente descrita acima e que está em nome de EDUARDO MATEUS LEONEL. Que em referido cruzamento foi colidido por um veículo que invadiu sua preferencial e ocasionou à colisão, não sabendo informar as características identificadoras, apenas que se tratava de CHEVROLET/CORSA, pois o mesmo evadiu-se. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS

  
Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Policia Civil  
Matricula 42000908  
Responsavel pelo Atendimento

  
Ronaldo Silva Santos  
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

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

570518



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 039308/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 07/11/2019 11:19      Data/Hora Fim: 07/11/2019 11:42  
Origem: Polícia Judiciária      Data: 07/11/2019  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 11/10/2019 07:30

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)      Bairro: Equatorial  
Logradouro: Dos Garimpeiros  
Complemento: Cruzamento com a Rua Santa Maria  
Ponto de Referência: Supermercado Gavião  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB )	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: RONALDO SILVA SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira      Naturalidade: MA - Imperatriz      Sexo: Masculino      Nasc: 05/05/1981  
Profissão: Repositor      Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria Odete Silva Santos      Nome do Pai: Francisco Taveira dos Santos Filho

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 710.118.972-53

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR      Nº: 181  
Logradouro: Rua: 07 de Setembro  
Complemento: Apartamento  
Bairro: Alvorada  
Telefone: (95) 99167-5989 (Celular)

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )**

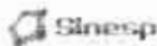
Nacionalidade: Brasileira

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 024.335.702-80	<b>Placa</b> NAY-2869
<b>Renavam</b> 00595728251	<b>Número do Motor</b> KC16E8E492475
<b>Número do Chassi</b> 9C2KC1680ER492475	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2014/2013
<b>Cor</b> PRETA	<b>UF Veículo</b> Roraima





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039308/2019

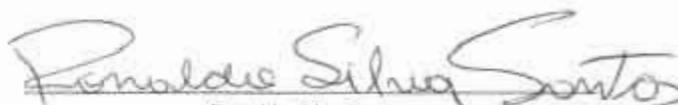
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG150 FAN ESDI
<b>Modelo</b> HONDA/CG150 FAN ESDI	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Ronaldo Silva Santos	Possuidor
<b>Grupo</b> Veiculo	<b>Subgrupo</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
<b>Veículo Adulterado?</b> Não	<b>Quantidade</b> 1 Unidade
<b>Situação</b> Meio Empregado	
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Desconhecido 1	Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 04742509879), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta devidamente descrita acima e que está em nome de EDUARDO MATEUS LEONEL. Que em referido cruzamento foi colidido por um veículo que invadiu sua preferencial e ocasionou à colisão, não sabendo informar as características identificadoras, apenas que se tratava de CHEVROLET/CORSA, pois o mesmo evadiu-se. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE, QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS

  
Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Policia Civil  
Matrícula 42000908  
Responsável pelo Atendimento

  
Ronaldo Silva Santos  
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do contrato de ASL: **710.118-932-53**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAUTA DE RENDAS MÍNIMA. LA PÉDRA FÍSICA (ATIVIDADE COMERCIAL/PROFISSIONAL/REPRESENTANTE LEGAL) CIRCULAR SUPLEN Nº 483/2012

5 - Nome completo: **RONALDO SILVA SANTOS**

7 - Profissão: **RECUSADO**

11 - Endereço: **RUA 02 de Setembro**

12 - Cidade: **BOA VISTA**

13 - UF: **RR**

14 - CEP: **69.317-100**

15 - Nome: **RONALDO SILVA SANTOS**

16 - CPF: **199.114.021**

17 - Data de nascimento: **16/07/1988**

18 - Complemento: **CASA**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PARA TUTOR E CURADOR PARA UTILIZAÇÃO DE APLI - MENOR ENTRE 15 ANOS QUANDO COM CURADOR)

19 - Nome completo do representante legal: \_\_\_\_\_

20 - CPF do representante legal: \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

Declaro, em todos os pontos acima, a veracidade e a integridade das informações, condições e cumprimento de anexos (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDAS MÍNIMAS DO TITULAR DA CONTA:

RECUSADO INFORMAÇÃO

SEM RENDA

R\$ 1.000,00

R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 2.000,00

R\$ 2.500,00 ATÉ R\$ 5.000,00

ACIMA DE R\$ 5.000,00

CONTA POLPANÇA (se houver uma ou mais contas em nome do titular)

Bradesco (227)

Itaú (340)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (111)

AGÊNCIA: **3106** CONTA: **0001496** **3**

CONTA CORRENTE (se houver)

Número da agência: \_\_\_\_\_

Número da conta: \_\_\_\_\_

21 - DECLARAÇÃO DE AUTENTICAÇÃO DE LAUDO DO IML - INVESTIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impediendo o acesso do interessado à perícia médica para cobertura de INVALIDEZ PERMANENTE

- Não há IML que atenda a região (ou cidade) de residência do interessado.
- IML que atenda a região do acidente ou de minha residência não possui serviços para IML do Seguro DPVAT.
- IML que atenda a região do acidente ou de minha residência não realiza perícia com preço superior a 50 (noventa) dias do pedido.

Solicito a emissão de um novo IML pelo meu médico de referência de acordo com o artigo 2º do Regulamento do Seguro DPVAT, com base na documentação médica da seguradora líder para verificação da existência e qualificação das lesões, condições e agravos, bem como a necessidade de realização de exames complementares, caso necessário, de acordo com o disposto no artigo 1º, inciso II, do Regulamento.

Declaro que esta subscricao não significa prévia concordância com o valor de indenização a ser pago em decorrência do acidente de trânsito causado por veículo sob a guarda de meu interesse.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE DANOS BENEFICÍOS INVESTIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

28 - Vítima vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

29 - Se não, vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

30 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

31 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

32 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

33 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

34 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

35 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

36 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

37 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

38 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

39 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

40 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

41 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

42 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

43 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

44 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

45 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

46 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

47 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

48 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

49 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

50 - Vítima de acidente de trânsito?  Sim  Não

MORTE

35 - Nome legítimo do beneficiário: \_\_\_\_\_

36 - CPF legítimo do beneficiário: \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido: \_\_\_\_\_

38 - Nome: \_\_\_\_\_

39 - Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

40 - Nome: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

41 - Local e Data: **Boa Vista 03/10/2020**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): **Ronaldo Silva Santos**

43 - Assinatura do Segurado (se houver): **Ronaldo Silva Santos**





Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO



SEU CÓDIGO

0040304-0

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-8  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Imposto autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 003863938

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2019	06/11/2019	246	310,99

MARGARIDA MARIA JARCELINO VIGARIO  
R. 07 DE SETEMBRO 181 ALVORADA

CPF: 00046548278304

CEP: 69.317-198 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	34481	Atual:	19/10/2019	Grupo/Subgrupo:	B
Anterior:	34235	Anterior:	17/09/2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	32	Próxima leitura:	18/11/2019	Ligação:	B1
Constante de Multiplicação:	1,000	Entrega:	17/10/2019	Número Medidor:	11E2B03942
Consumo medido:	246	Apresentação:	19/10/2019	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	246	B: 11,001, 19,07,067080		Modalidade:	CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	246 A R\$ 0,764602 =	188,09
CORREÇÃO MONETARIA DA 07/19-00		0,00
CORR MONETARIA TCD (IG 11/12		0,00
CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00		0,00
MULTA POR ATRASO DE 1 07/19-00		0,00
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00		0,00
MULTA POR ATRASO 07/19-00		0,00
PARCELAMENTO DE OBITO 11/12		65,20
JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00		0,00
ILUMINACAO PUBLICA		42,14
<i>Parcelamento: 65,20</i>		
<i>Wizumbo de Traa: 80,00</i>		

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: B A 246 - 0,634628	<i>Valor: 165,80</i>
Média 12 meses: 218	

**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/11/2019 em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERAGA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 312,87 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconstruir este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATRIBUÍDA.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OCHO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ICMS:	ADICIONAIS VALORES:	PIB:	COFINS:	
Distribuição: 182,47	Tributos: 5,32	188,09	17,00%		31,97	8,00000%	8,00
Transmissão: 48,33			8,00000%		8,00	8,00000%	8,00
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIC		FIC		DMC		DCRI	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limites							
Realizado	8,05	17,70	35,40	8,46	16,92	33,64	4,82
Conjunta	0,60			Período de cobertura			0,420

R: 11,001, 19,07,067080	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
	0040304-0	310,99
RORAIMA ENERGIA S.A. Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44   Insc. Estadual: 24.007.022-8	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
	10/2019	06/11/2019
	Nº da Nota Fiscal:	
	003863938	



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão São Bento, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impostos autorizado pela SEFAZ 306/13

IP de Nota Fiscal: 003863938  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	246	310,99

MARGARIDA MARIA JARDILINO VIGARIO  
R. 07 DE SETEMBRO 181 ALVORADA  
CPF: 00046548278304  
CEP: 69.217-100 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWh)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	34481	Atual:	19/10/2019	Grupo/Subgrupo:	8
Anterior:	34235	Anterior:	17/09/2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	32	Próxima leitura:	16/11/2019	Ligação:	81
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	17/10/2019	Número Medidor:	11EDR03942
Consumo medido:	246	Apresentação:	19/10/2019	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	246	Nº: 11.001.19.07.067000		Modalidade:	CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	246 A R\$ 0,764602 =	188,09
CORREÇÃO MONETARIA DA 07/19-00		2,08
CORR MONETARIA TCD (IG 11/12		2,11
CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00		1,75
MULTA POR ATRASO DE 1 07/19-00		0,01
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00		0,01
MULTA POR ATRASO 07/19-00		0,01
PARCELAMENTO DE DEBITO 11/12		65,20
JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00		1,49
ILUMINACAO PUBLICA		42,14
<i>Parcelamento: 65,20</i>		
<i>Desconto de taxa: 80,00</i>		

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: R\$ A 246 - R\$ 0,634620	
Média 12 meses:	

**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora

09/2019 251,32 251.32

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/11/2019 em função das contas reaviscadas neste fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA, informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reaviscada(s) no valor de R\$ 312,87 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconSIDERAR este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 08%.

LIQUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA VALOR
Distribuição: 182,47	Tributos: 5,32	ICMS:	17,00% 31,97
Transmissão: 48,33	31,97	PIS:	0,00000% 0,00
0,00		COFINS:	0,00000% 0,00
<b>INDICADORES DE CONTINUIDADE</b>			
DIC		FIC	
Mensal	Trimestral Anual	Mensal	Trimestral Anual
Limite			
Realizado	0,85 17,78 35,48	0,45 16,92 33,84	4,82
Conjunto	0,53	Participação	0,00
DISTRITO		06/2019 76,73	

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

SEU CÓDIGO

0040304-0

MÊS FATURADO

10/2019

Nº de Nota Fiscal: 003863938

TOTAL A PAGAR - R\$

310,99

VENCIMENTO

06/11/2019

MÊS/ANO: 07/2019	VENCIMENTO: 15/08/2019	MATRÍCULA: 00099358.1
------------------	------------------------	-----------------------

RAIMUNDO NONATO SILVA  
RUA 05, NUM, 00121  
CIDADE SATELITE  
BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000 ROTA: 05.1970

CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETRO A10F198348	VOL FATURADO 10	DESCRIÇÃO REAL	Nº DA CONTA 15437802
DT. LEITURA ANT. 06/06/2019	DT. LEITURA ATUAL 04/07/2019	DIAS DE CONSUMO 26	LEITURA ANT. 1839	LEITURA ATUAL 1839	MÉDIA 0
MÊS/ANO 06/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 05/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 04/2019	CONS. 0
MÊS/ANO 06/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 05/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 03/2019	CONS. 0
MÊS/ANO 06/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 05/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 02/2019	CONS. 0
MÊS/ANO 06/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 05/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 01/2019	CONS. 0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.	TOTAL A PAGAR 43,74
---	------------------------

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201609 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO 001.031.031.0130.000	MÊS/ANO 07/2019	GRUPO 17	TOTAL A PAGAR 43,74	ROTA 05.1970
-----------------------------------	--------------------	-------------	------------------------	-----------------

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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>2</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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RONALDO SILVA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima RONALDO SILVA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 conforma determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

Boa Vista, RR de Novembro de 19

Local e Data

Raimundo Nonato Silva

Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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>2</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 Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ronaldo Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima RONALDO SILVA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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	Rua: 05	Número	121	Complemento
Bairro	Cidade Satélite	Cidade	Boa Vista	Estado
			RR	CEP
				69.317-471
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021	

Boa Vista, RR de Novembro de 19  
Local e Data

Raimundo Nonato Silva  
Assinatura do Declarante



1901172586 11/10/2019 09:15:53 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 10

Paciente: **RONALDO SILVA SANTOS** Data Nascimento: **05/05/1981** Idade: **38 A 5 M 6 D** CNS: \_\_\_\_\_ CPF: **71011897253** Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Tipo Doc: \_\_\_\_\_ Documento: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data Emissão: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Raça/Cor: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
**IDENTIDADE 221639 SSP/RR 01/09/2009 M SOLTEIRO(A)PADA IMPERATRIZ - MA BRASILEIRA**  
 Mãe: **MARIA ODETE SILVA SANTOS** Pai: \_\_\_\_\_ Contato: **FRANCISCO TAVEIRA DOS SANTOS F (95) 99167-5989**  
 Endereço: **RUA - RIO GRANDE DO NORTE - 774 - ESTADOS - BOA VISTA - RR** Ocupação: \_\_\_\_\_

Class. de Risco: \_\_\_\_\_ Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_ Autorização: \_\_\_\_\_ Sis Prenatal: \_\_\_\_\_  
 Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Pressão: \_\_\_\_\_  
 Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **TRANSPORTADO POR TER** Procedimento Sol.: \_\_\_\_\_ Registrado por: **ERBEJONE.SIMPLICIO**

Queixa Principal: \_\_\_\_\_  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: \_\_\_\_\_ GSC: \_\_\_\_\_ TOTAL: \_\_\_\_\_  
 AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)  
**TRAUMA CONTUSO NO OMBRO E COTOVELO @ PARTIDA  
 ADIANTE COM MOTOCICLETA (SIC)**

Exame Físico: \_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

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

óbito  
 Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomia Patológica \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_  
 Carimbo e Assinatura do Médico: **Dr. Elder Soares**  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRA 1928/PR  
 Impresso por: **erbejone.simplicio**  
 Data Hora: 11/10/2019 09:16:42  
 1901172586

Vitor G.

Ft. Clavé D

- CD mullgo ei

---

HOSPITAL GERAL DE KURAIMA  
Av. Brig. Estúlio Gomes, S/N  
Nova Friburgo, RJ 271-0620  
FONE (24) 271-0620

0 - NOV. 2019

Certificado. Forneça presente  
cópia e original  
que tal apresentado nesta Hospital

.D



RONALDO SILVA SANTOS

12732

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/11/2019

Cloudbaidu

121 3%

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMIRO

12/11/2019

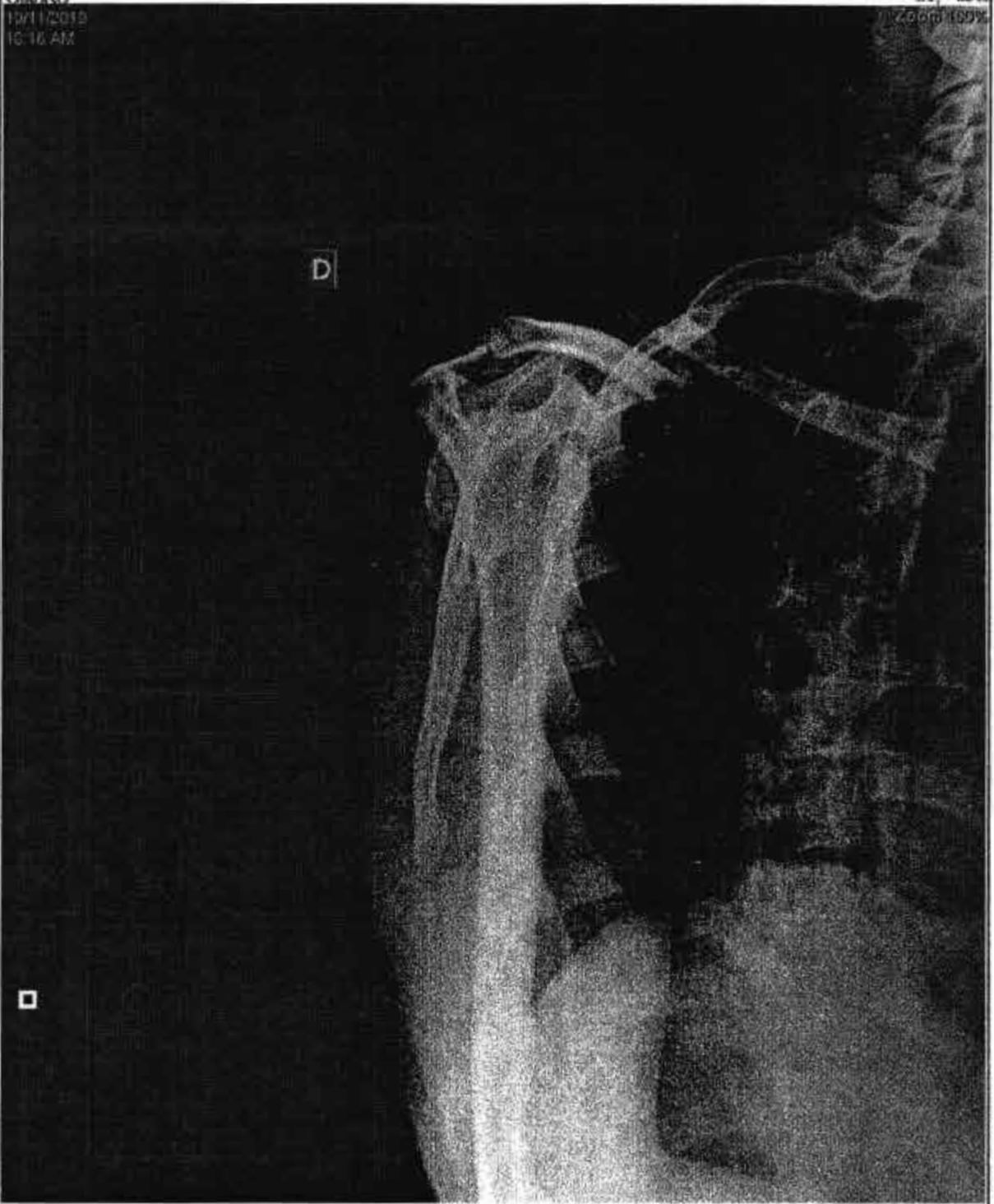
10:16 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator: RXRAIOX/usuario

- kV, - mAs

22.000 100%



SID mm

L 128  
W 250

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2019

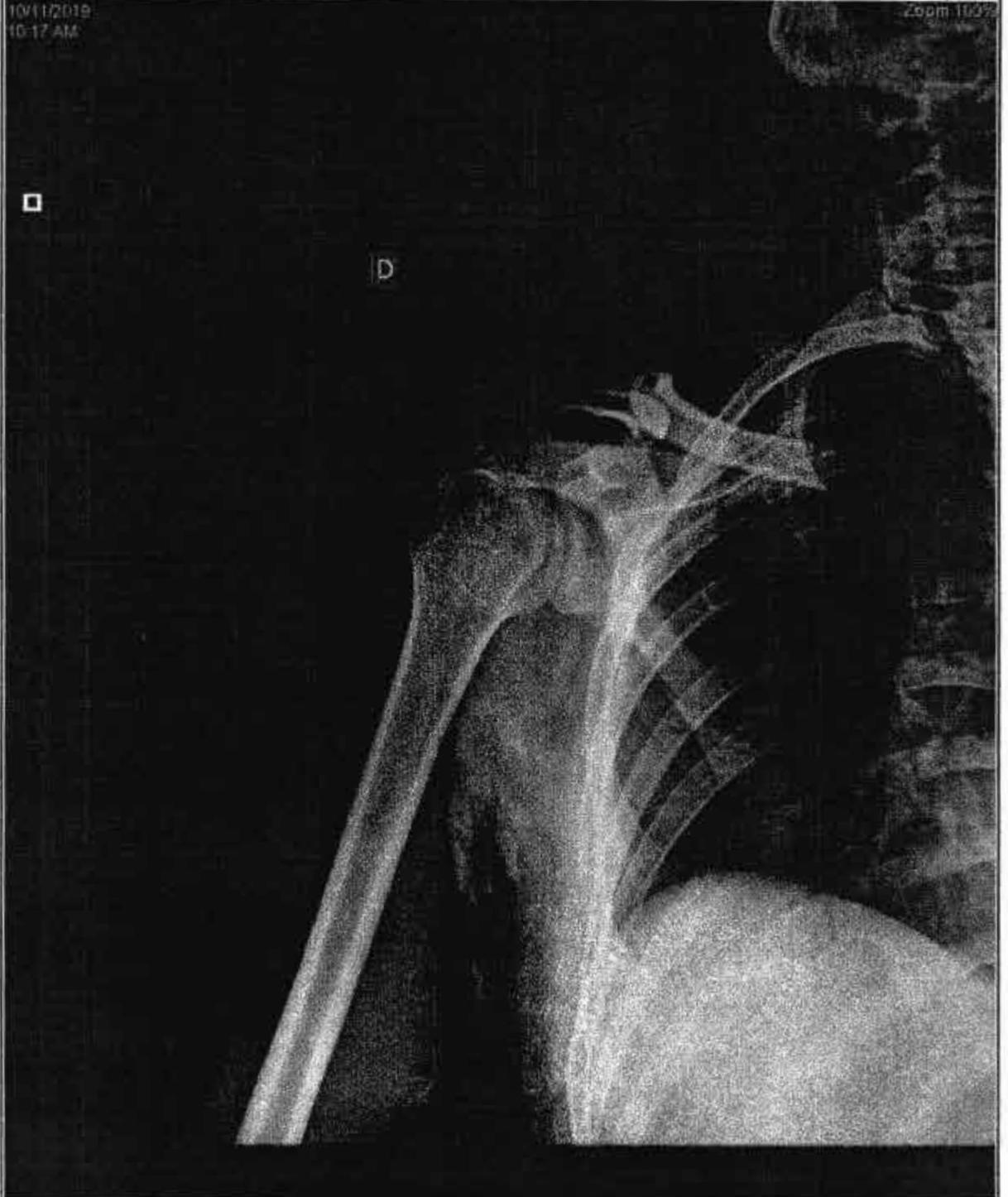
10:17 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator NORAIO/Ausario

- kV, - mAs

Zoom 100%



SR0 mm

L 128  
W 2185

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2019

10:20 AM

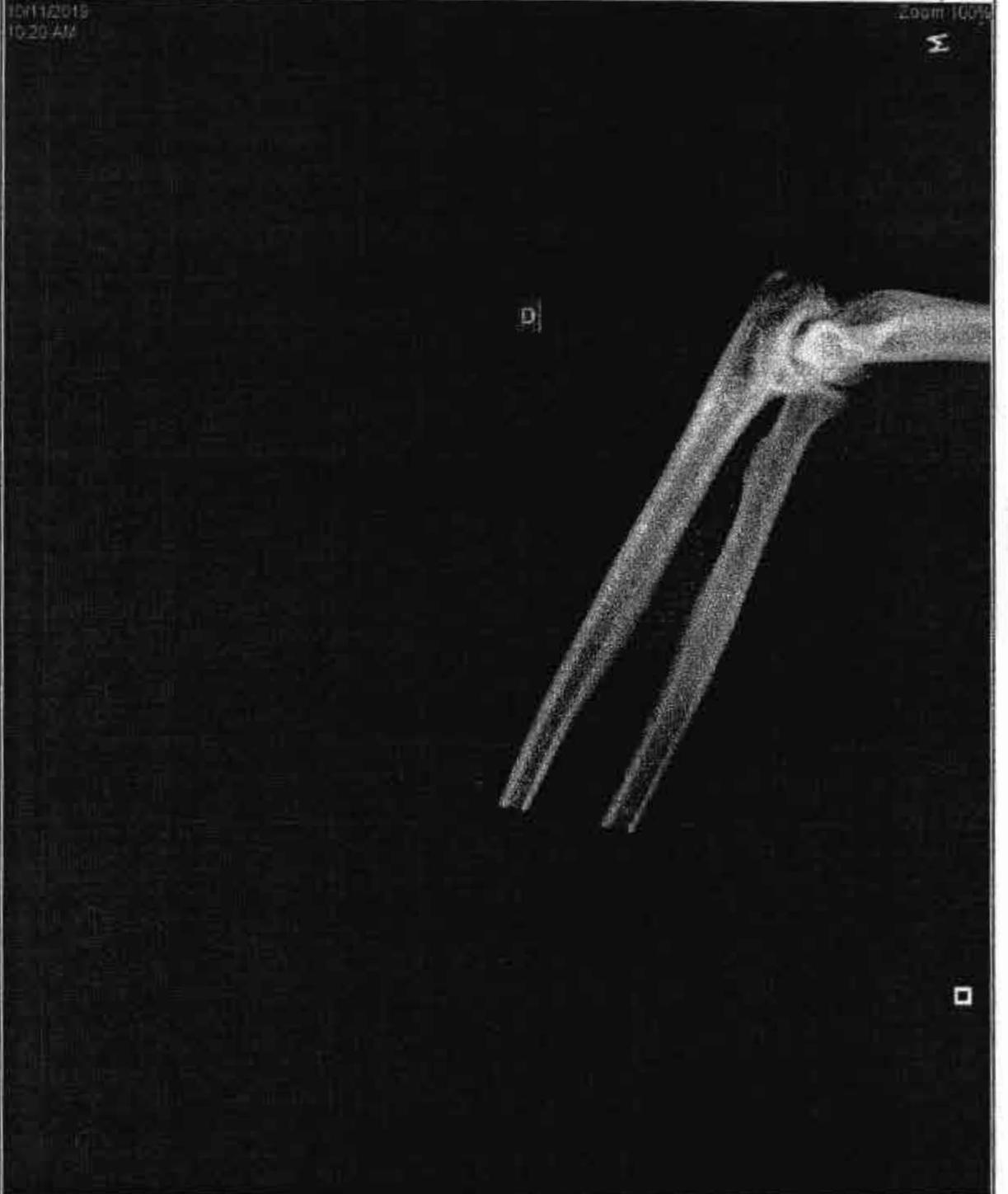
HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator TUDRAIG/Usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%

Σ



510 mm

L 120  
W 293



GOVERNO DE RORAIMA  
 "AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
 COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Raivaldo Silva Santos

RECEITUÁRIO

laudo médico

Paciente com fratura de clavícula  
 direita (CID. S62.0) há 26 dias em  
 tratamento com imobilização  
 gessada. Mecanismo de trauma  
 de acidente de menor intensidade durante  
 caídas desta data

Dr. Fernando Rezende  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 2007

DATA 06/11/21

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
 Rua Coronel Pinto, 630 - Centro das Vistas III  
 CEP: 69.301-150 - CNPJ: 04.013.405/0001-08