



Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317B

### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

**OUTORGANTE:** Luiz Praxedes Fernandes, brasileiro(a),  
estado civil Solteiro, profissão agricultor, portador(a) da Cédula de  
Identidade CIRC 1899682 SSP/RR e inscrito(a) no CPF/MF  
955.537.893-34, residente na Rua União 02 Samambaia  
nº 512, Bairro Zona Rural, Município Boa Vista/RR,  
telefone: (95) 99139-0860 / e-mail \_\_\_\_\_  
vêm através de seu advogado in fine  
assinado, por este instrumento particular nomear e constituir seu procurador.

**OUTORGADO:** Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na  
OAB/RR sob o nº. 317B com escritório profissional na Rua General Penha Brasil 102  
Centro, Boa Vista, Roraima a quem confere amplos poderes:

**PODERES ESPECIAIS:** para representá-lo no processo em Foro em Geral com a cláusula *ad  
judicia et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou oponente, ou por qualquer  
modo interessado, podendo para isso, requerer e promover judicial ou extrajudicialmente,  
em qualquer causa, conforme estabelecido no artigo 105 do NCPC, bem como propor  
ações, produzir provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar  
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer, apelar,  
transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e receber alvarás junto a  
secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada, receber valores e dar quitação,  
receber bens penhorados ou em adjudicação, enfim, tratar de seus interesses, bem como  
praticar todos os atos necessários para o fiel e bom cumprimento do presente mandato,  
dando tudo por bom, firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança de Seguro  
Dpvt em Face da Seguradora Líder.

Boa Vista 27 de Agosto de 2019.

Senhor(a) LUIZ PRAXEDES FERNANDES

Outorgante

CPF/MF nº 955.537.893-34



Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317B

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

**DECLARANTE:** Luiz Praxedes Fernandes, brasileiro(a),  
estado civil Solteiro, profissão agricultor, portador(a) da Cédula de  
Identidade CIRG 1899652 SSP/RR e inscrito(a) no CPF/MF  
955.537.893-34, residente na Rua Kirinal 02 Samacuma  
nº 514, Bairro Zona rural, Município Boa Vista /RR,  
telefone: (95) 99139-0860 / e-mail \_\_\_\_\_

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do artigo 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil).

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Boa Vista 27 de Agosto de 2019.

Senhor(a) LUIZ PRAXEDES FERNANDES

Declarante

CPF/MF nº 955.537.893-34





RORAIMA ENERGIA S.A.

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 491

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP 69.301-150

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240079223

Atendimento: 08007019120 www.roraimaenergia.com.br

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

LUÍZ PRAEDES FERNANDES

AV 7 DE ABRIL,

CENTRO -

CEP 69.000-000 - CAMPOS NOVOS - RR

CPF 955.537.898-34 RG 189682 SSP

Roteiro: 038.03.01.115000

3502723

Segunda Via

Código Único

0525903-7

| Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares |                       |                    |                      |                   |              |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|-------------------|--------------|----------------|
| Emissão                                                                                                                                     | Data Leitura Anterior | Data Leitura Atual | Data Próxima Leitura | Dias de Consumo   | Apresentação | Mês Faturado   |
| 06/09/2019                                                                                                                                  | 09/08/2019            | 09/09/2019         | 10/10/2019           | 31                | 09/09/2019   | 09/2019        |
| Cod. Fat.                                                                                                                                   | Classe/Subclasse      | Ligação            | Posto                | Forma Faturamento | Motivo FD    | Número FD      |
| 1.1.1.1                                                                                                                                     | Residencial Normal    | Monofásica         |                      | Taxado Em For     |              |                |
|                                                                                                                                             | Medidor               | Leit. Atual        | Leit. Anterior       | Constante Fatur   | NPL          | Cons. Medido   |
|                                                                                                                                             |                       | 0                  | 0                    |                   |              | Cons. Faturado |
|                                                                                                                                             |                       |                    |                      |                   |              | 30             |

| Histórico | kWh | Composição da Tarifa | Itens Faturados                           | Tar. sem impostos | Valor |
|-----------|-----|----------------------|-------------------------------------------|-------------------|-------|
| 08/2019   | 0   |                      | Consumo 30 kWh a 0,766106                 | 2,29820           | 22,98 |
| 07/2019   | 0   | TE (*)               | Contribuição de Iluminação Pública (COSP) |                   | 6,00  |
| 06/2019   | 0   |                      |                                           |                   |       |
| 05/2019   | 0   | Encargos             |                                           |                   |       |
| 04/2019   | 0   | Tributos             |                                           |                   |       |
| 03/2019   | 0   |                      |                                           |                   |       |
| 02/2019   | 0   |                      |                                           |                   |       |
| 01/2019   | 0   |                      |                                           |                   |       |
| 12/2018   | 0   |                      |                                           |                   |       |
| 11/2018   | 0   |                      |                                           |                   |       |
| 10/2018   | 30  |                      |                                           |                   |       |
| 09/2018   | 0   |                      |                                           |                   |       |

Média 12 meses: 2  
Pis/Pasep - 0,00  
Cofins 0,1407% - 0,03

| Indicadores de Continuidade: 07/2019 |        |           |            |       | Contas em Débito     |    |            |       |                                          |
|--------------------------------------|--------|-----------|------------|-------|----------------------|----|------------|-------|------------------------------------------|
| Cp                                   | 107    | ELUC      | R\$ 0,00   |       | Mês/Ano              | FD | Vencimento | Valor |                                          |
| Meta                                 | Mensal | Realizado | Trimestral | Anual | 08/2019              | 0  | 26/08/2019 | 28,18 | 07/2019 0 26/07/2019 28,93               |
| DiC                                  | 0,00   | 0,00      | 0,00       | 0,00  | 06/2019              | 0  | 26/06/2019 | 29,20 | 06/2019 0 26/06/2019 28,93               |
| FIC                                  | 0,00   | 0,00      | 0,00       | 0,00  | 04/2019              | 0  | 26/04/2019 | 29,72 | 03/2019 0 26/03/2019 29,22               |
| DMIC                                 | 0,00   | 0,00      | 0,00       | 0,00  | Há mais 25 Contas(s) |    |            |       | Total da Conta(s) Pendente(s) R\$ 719,81 |

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas a lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão do fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173, da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

=> Tensão Contratada - 127V Faixa Adequada - 116 a 133V

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo  
22,98

Alíquota  
17,00

Valor do ICMS  
3,90

Vencimento  
26/09/2019

Valor a Pagar  
R\$ 28,98

Reservado ao Fisco: 744E T5FE 0A84 B71E 5286 F09B ED3A 6E21



RORAIMA ENERGIA S.A.

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o débito de sua conta de energia em sua conta bancária.  
Código para débito automático: 0525903-7

UC 05259037  
Mês Faturado 09/2019  
No. FD 00  
TC 0

Vencimento  
26/09/2019

Valor a Pagar  
R\$ 28,98

8369000000 8 28980075000 1 00000000525 6 90370919006 5





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 027647/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/08/2019 11:11 Data/Hora Fim: 28/08/2019 11:21  
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 15/04/2019 10:05

Local do Fato

Município: Mucajaí (RR)  
Logradouro: VICINAL SAMAUMA

Bairro: ZONA RURAL

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIZ PRAXEDES FERNANDES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Caraúbas  
Profissão: Agricultor  
Nome da Mãe: Bernarda Henrique Bezerra

Endereço

Município: Mucajaí - RR  
Logradouro: VICINAL 3  
Bairro: ZONA RURAL

Nº: S/Nº

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 MOTOCICLETA HONDA/CG 125 DE COR AZUL a qual o comunicante não sabe informar a placa e seguia pela Vicinal Samauma QUANDO a corrente da motocicleta travou fazendo com que o comunicante sofresse uma queda. Que devido ao acidente o comunicante sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Samu. Registro somente para fins do Seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira  
Agente de Polícia

Mat. 042/00612  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000612  
Responsável pelo Atendimento

Luiz Praxedes Fernandes  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 336-Denúncia Caluniosa e 348-Consulatório Falso de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alexander Lopes da Silva  
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima  
Data de Impressão: 28/08/2019 11:21  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

18 SET. 2019



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 027647/2019-A01

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 04/12/2019 12:34 Data/Hora Fim: 04/12/2019 12:44  
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 15/04/2019 10:05

**Local do Fato**

Município: Mucajaí (RR)  
Logradouro: VICINAL SAMAUMA

Bairro: ZONA RURAL

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Veículo              |

**ENVOLVIDO(S)**

| Nome Civil: LUIZ PRAXEDES FERNANDES (COMUNICANTE, VÍTIMA) |                             |                 |                  |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------|------------------|
| Nacionalidade: Brasileira                                 | Naturalidade: RN - Caraúbas | Sexo: Masculino | Nasc: 16/10/1957 |
| Profissão: Agricultor                                     |                             |                 |                  |
| Estado Civil: Solteiro(a)                                 |                             |                 |                  |
| Nome da Mãe: Bernarda Henrique Bezerra                    |                             |                 |                  |
| Endereço                                                  |                             |                 |                  |
| Município: Mucajaí - RR                                   |                             |                 |                  |
| Logradouro: VICINAL 3                                     |                             | Nº: S/Nº        |                  |
| Bairro: ZONA RURAL                                        |                             |                 |                  |

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

| Grupo Veículo                           | Subgrupo Motocicleta/Motoneta   |
|-----------------------------------------|---------------------------------|
| CPF/CNPJ do Proprietário 002.545.102-21 | Placa NAI-8189                  |
| Renavam 00149331770                     | Número do Motor JC25E-W193620   |
| Número do Chassi 9C2JC250WWR193620      | Ano/Modelo Fabricação 1998/1998 |
| Número da Carroceria 0                  | Cor AZUL                        |
| UF Veículo Roraima                      | Município Veículo Mucajaí       |
| Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN         | Modelo HONDA/CG 125 TITAN       |
| Veículo Adulterado? Não                 | Quantidade 1 Unidade            |
| Situação Meio Empregado                 |                                 |
| Nome Envolvido                          | Envolvimentos                   |
| Luiz Praxedes Fernandes                 | Possuidor                       |

**RELATO/HISTÓRICO**

O comunicante compareceu a Esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados Conduzia MOTOCICLETA HONDA/CG 125 DE COR AZUL a qual o comunicante não sabe informar a placa e seguiu pela Vicinal Samauma QUANDO a



Delegado de Polícia Civil: Alexander Lopes da Silva  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 04/12/2019 12:44  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 027647/2019-A01

corrente da motocicleta travou fazendo com que o comunicante sofresse uma queda. Que devido ao acidente o comunicante sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Samu, Registro somente para fins do Seguro DPVAT. Era o relato.

**O COMUNICANTE/VÍTIMA SENHOR LUIZ COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR PARA FINS DE SEGURO DPVAT, A PLACA DA MOTOCICLETA QUE CONDUZIA NO DIA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E SOFREU LESÕES CORPORAIS, NAI-8189, QUE ESTÁ EM NOME DE CÉLIO DOS SANTOS DA SILVA. É o aditamento/acréscimo.**

**ASSINATURAS**

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matrícula 42800008  
Responsável pelo Atendimento



Luiz Praxedes Fernandes  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito, que sou o(a) autor(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-Denúncia Caluniosa e 340-Contradição Falsa de Débito ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



15/04/2019

Guia de Atendimento 17

Raquel L. Salazar



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3305

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

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

Reclassificação de Enfermagem  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.  
RR 001.058.491-11

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|-----------------|--------------|----------------|---------------|------------|
| 1901097619                                                                                                                                                                                                                             | 15/04/2019 12:35:18                           | FICHA DE ATENDIMENTO   |                 |                                                                                                                                        |          | TRAUMATOLOGIA   |                 | DIURNO 07-19 |                | 16            |            |
| Paciente                                                                                                                                                                                                                               | LUIZ PRAEDES FERNANDES                        |                        | Data Nascimento | 16/10/1957                                                                                                                             | Idade    | 61 A 5 M 30 D   | CNS             | CPF          | 95553789834    | Prontuário    |            |
| Tipo Doc                                                                                                                                                                                                                               | Documento                                     | Órgão Emissor          | Data Emissão    | Sexo                                                                                                                                   | M        | Estado Civil    | SOLTEIRO/APARDA | Naturalidade | BOA VISTA - RR | Nacionalidade | BRASILEIRA |
| Mãe                                                                                                                                                                                                                                    | BERNARDINA HENRIQUE BEZERRA                   |                        | Pai             | FRANCISCO PRAEDES FERNANDES                                                                                                            |          | Contato         | (95) 99154-0614 |              | Ocupação       |               |            |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                               | RUA - VICINAL 3 SAMAUMA - SN - - MUCAJAI - RR |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| Class. de Risco                                                                                                                                                                                                                        | Plano Convênio                                |                        | Nº da Carteira  |                                                                                                                                        | Validade | Autorização     | Sis Prenatal    |              |                |               |            |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                  |                                               | Caráter do Atendimento |                 | Profissional do Atend.                                                                                                                 |          | Procedência     |                 | Temp.        | Peso           | Pressão       |            |
| ACIDENTE DE MOTO                                                                                                                                                                                                                       |                                               | URGÊNCIA               |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| Setor                                                                                                                                                                                                                                  |                                               | Tipo de Chegada        |                 | Procedimento Sol.                                                                                                                      |          | Registrado por: |                 | CASSIO LIMA  |                |               |            |
| GRANDE TRAUMA                                                                                                                                                                                                                          |                                               | SAMU REGIONAL          |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| Queixa Principal                                                                                                                                                                                                                       |                                               |                        |                 | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |          |                 |                 |              |                |               |            |
| Anamnese de Enfermagem                                                                                                                                                                                                                 |                                               |                        |                 | GSC                                                                                                                                    |          | TOTAL           |                 |              |                |               |            |
|                                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                        |                 | AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456                                                                                                         |          |                 |                 |              |                |               |            |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)                                                                                                                                                                                             |                                               |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| TRAUMA CONTUSO BR OMBRO D.                                                                                                                                                                                                             |                                               |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| Exame Físico                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| DOENÇA PREEXISTENTE                                                                                                                                                                                                                    |                                               |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| HISTÓRIA GERAL                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| Hipótese Diagnóstica                                                                                                                                                                                                                   |                                               |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| FRATURA                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| C.O. VELOCIDADE                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| SADT - Exames Complementares                                                                                                                                                                                                           |                                               |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-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                                                                                                                                                                                                                             |                                               |                        |                 | APRAZAMENTO                                                                                                                            |          |                 |                 | OBSERVAÇÃO   |                |               |            |
|                                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| Conduta                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica                                                                                                                                                                                       |                                               |                        |                 | <input type="checkbox"/> Ambulatório                                                                                                   |          |                 |                 |              |                |               |            |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido                                                                                                                                                                                                 |                                               |                        |                 | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)                                                                                          |          |                 |                 |              |                |               |            |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revelia                                                                                                                                                                                                |                                               |                        |                 | <input type="checkbox"/> Internação                                                                                                    |          |                 |                 |              |                |               |            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: 9120 00019                                                                                                                                                                     |                                               |                        |                 | Data e Hora da Saída/Alta: / /                                                                                                         |          |                 |                 |              |                |               |            |
| óbito                                                                                                                                                                                                                                  |                                               |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                     |                                               |                        |                 | Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica                                             |          |                 |                 |              |                |               |            |
| Assinatura do Paciente ou Responsável                                                                                                                                                                                                  |                                               |                        |                 | Carimbo e Assinatura do Médico                                                                                                         |          |                 |                 |              |                |               |            |
| Impresso por: cassio.lima<br>Data Hora: 15/04/2019 12:35:43                                                                                                                                                                            |                                               |                        |                 | <br>Dr. Fernando André Martins Pereira<br>Cirurgião Oncológico de<br>Cabeça e Pescoço<br>CRM-RR: 1943                                  |          |                 |                 |              |                |               |            |
|                                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                        |                 |                                                                                                                                        |          |                 |                 |              |                |               |            |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJTEU 4427D ZE9LK ZRFNK

18 SET. 2019

 **EMERGÊNCIA**  
GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA  
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO 

**RECEITUÁRIO**

NOME: JOÃO CARLOS DE SOUZA

QUANTO - 52 MP

13:30h

± 4 SEMANAS

DATA 15/09/19

Dr. Max Souto Maior  
Ortopedia e Traumatologia  
Medicina do Trânsito  
CRM-RR 695  
RQE 434 RQE 691

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

GOVERNO  
DO POVO

18 SET. 2019



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190538800

Vítima: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

Data do Acidente: 15/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

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 15/04/2019, emitido pelo Dr. FERNANDO ANDRE MATINS FERREIRA CRM nº 1043 - 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

Pag. 0157701578 - carta\_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15369535

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYQ3 MSD5L 7GQ4D AF5FK



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CARTEIRA DE TRABALHO

Eu Luiz Praxedes Fernandes, portador do RG nº 289682  
Orgão expedidor SSP/RR e do CPF 955.537.898-34 residente no  
endereço Vicinal 02 Samauima nº \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ declaro que não possuo CTPS – Carteira de  
Trabalho, declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima  
implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 15 da Lei 12.101/09.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(local, data)

LUIS PRAEDES FERNANDES

(Assinatura do declarante)

