



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

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200196253 **Vítima: ELISANGELA DA SILVA LIMA**

Data do Acidente: 17/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELISANGELA DA SILVA LIMA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ELISANGELA DA SILVA LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000028103-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



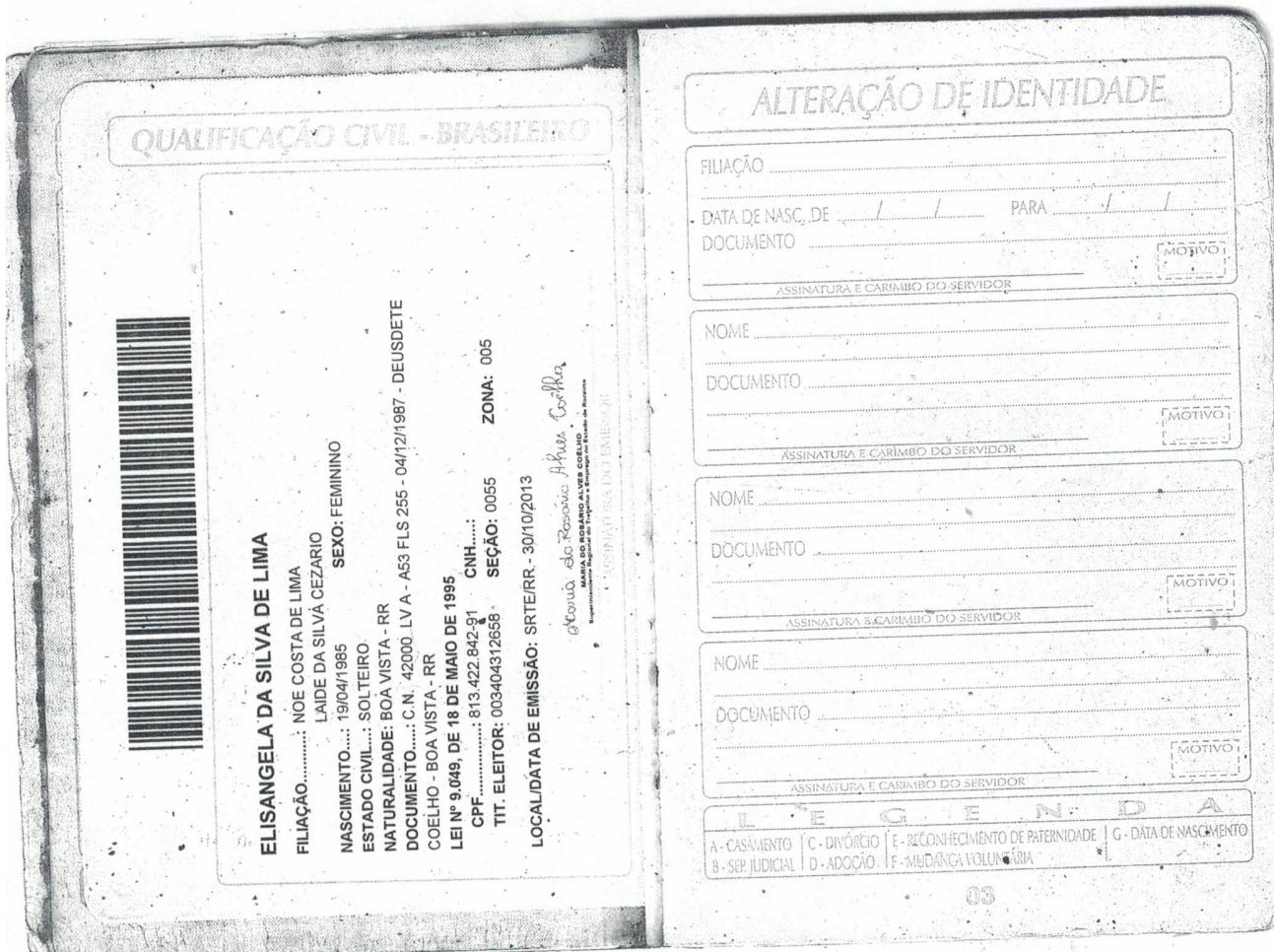
PROCURAÇÃO

Eu, ELISANGELA DA SILVA DE LIMA, brasileiro (a), SOLTEIRA, DO LAR, portador (a) da cédula de identidade RG nº 220824, inscrito (a) no CPF sob o nº 813 422 842-91, residente e domiciliado (a) na R. FRANCISCO C ANDRADE, nº 529, Bairro ASA BRANCA, CEP 69 312-258, telefone nº 1951 99146-8991 Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida *Sabá Cunha*, nº 1479, *Jardim Caranã*, CEP 69.313-725, *Boa Vista*, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos prante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 25 de JUNHO de 2020.

X Elisangela da Silva de Lima

OUTORGANTE.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015126/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/05/2020 11:47 Data/Hora Fim: 07/05/2020 19:25
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 17/02/2020 18:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Asa Branca

Logradouro: Rua Pedro Praça - sentido centro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1224: DEIXAR O CONDUTOR DO VEÍCULO, EM ACIDENTE, DE PRESTAR IMEDIATO SOCORRO À VÍTIMA, OU, DEIXAR DE SOLICITAR AUXÍLIO DA AUTORIDADE PÚBLICA (ART. 304 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

EN VOLVIDO(S)

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

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: ELIZANGELA DA SILVA DE LIMA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 19/04/1985 Idade: 35 anos

Naturalidade:RR - Boa Vista Profissão: Do Lar

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Laide da Silva Cezario Nome do Pai: Noe Costa Lima

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 813.422.842-91

RG - Carteira de Identidade: 220824

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Antonio Pinheiro Galvão

Nº: 1348

Telefone: (95) 99146-8991 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Descrição	Desconhecido	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido, Meio Empregado
<u>Nome Envolvido</u>		<u>Envolvimentos</u>	
Desconhecido 1			Proprietário



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015126/2020

RELATO/HISTÓRICO

Que a comunicante compareceu nesta UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 17 de fevereiro de 2020, por volta das 18:00 horas da noite, a comunicante trafegava em sua bicicleta; Que neste momento trafegava na Rua Pedro Praça, no bairro: Asa Branca/RR/BV - sentido centro, que estava retornando para sua residência, quando uma motocicleta em alta velocidade, colidiu com a comunicante; QUE a comunicante foi arremessada de sua bicicleta; QUE no momento do fato, a comunicante foi socorrida por transeuntes que estavam presentes no local, que de imediato a colisão o autor do acidente evadiu-se do local do acidente sem prestar socorro ou assistência a comunicante; QUE a comunicante teve fraturas em todo seu corpo, e fraturas mais graves nos dois braços e mãos (direito e esquerdo), como consta em laudo médico em anexo a este B.O; QUE PERGUNTADO à comunicante se ela tem suspeitas ou testemunhas que identifiquem ou auxilie na identificação do autor que conduzia a motocicleta, RESPONDEU: QUE NÃO tem suspeitas de quem poderia ser o infrator que conduzia a motocicleta acima citada, que não lembra de algo que pudesse auxiliar na identificação deste veículo (cor, modelo, placa...), que em conversas posteriores ao acidente, as testemunhas do fato externaram que não anotaram a placa do veículo, nem as características do condutor desse veículo.

QUE a comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (07/05/2020) devido à gravidade de seus ferimentos e pelo fato desse registro garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig. S. de Souza, escrivão de polícia *ad-hoc*, chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O, orientei ao comunicante que ele poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciaçāo Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Hualacy Seelig S. de Souza
Escrivão de polícia "ad-hoc"
Chefe de Seção da Polícia Civil do Estado de
Roraima
Matrícula 020116684

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

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

Elizangela da Silva de Lima
(Comunicante / Vítima)

03/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 Secretaria de Estado da Saúde
 Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

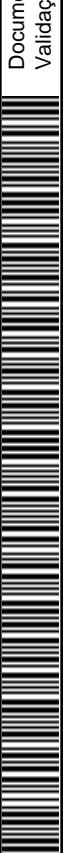
Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

2001221296	17/02/2020 10:30:07	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	11	
Paciente ELIZANGELA SILVA LIMA		Data Nascimento 19/04/1985	Idade 34 A 9 M 28 D	CNS	CPF	Prontuário	
Sexo F	Estado Civil PARDA	Raça/Cor Naturalidade		Nacionalidade BRASILEIRA			
Mãe LAIS CESARIO DE LIMA	Pai NI	Contato		Ocupação			
Endereço RUA -- SN --							
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE BICICLETA	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.SIMPILICIO		
Queixa Principal <i>Acedente moto bicicleta</i>	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1 2 3 4 - RV: 1 2 3 4 5 - MRV: 1 2 3 4 5 6						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>Paciente refere que há 20 min teve colisão com moto, lesionando 5 dedo da mão esquerda, digo direita, sem mobilidade.</i>						
Exame Físico	<i>BEG, LOTE, AAA, supneica em ar ambiente</i> <i>A= vias aéreas pélvicas C= seu rincas de cloque, freq. adequada</i> <i>B= D= pupilas isocônicas e fotorreagens de ECG=15 e MAMJ.</i> <i>E= lesão em mão direita, escoriações em mão esquerda</i>						
Hipótese Diagnóstica	<i>luxação de 5º dedo da mão D</i>						
SADT - Exames Complementares	<input 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			
<i>1) Dipirona 2g EV agora 2) Tilatil 40mg EV agora</i>			<i>10/05/2020</i>	<i>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA AV. Brdg. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO</i>			
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação 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: erbejone.simplicio Data Hora: 17/02/2020 10:32:56			Adélie Gai Costa Médica CRM-RR 1988				
			 2001221296				



Patrick
Paciente Enfermeiro
de integração com obstante
de 1º QD D. + Seletor
de julho D. + Seletor
Examen de Rx
para realização de
Estudo. + Rx
5º D. Intens Rx frustum
espera de 5º QD D.
+ frustum de Rx D.
+ frustum de Rx D.



NIR *Tuamst: 18.02.2020* *NIR*

Anexo I

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N.º DO PRONTUÁRIO		
<i>Edilsonzinho S. da Silva</i>			178515		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO		
			19/04/1988		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - SEXO		
<i>ais Cesario de Lima</i>			Masc. <input type="checkbox"/> 1	Fem. <input type="checkbox"/> 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE		
B10			DDD		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
B10			RJ		23210-020
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
<i>Falta de appetito 5000g</i> <i>Falta de appetito 5000g</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
<i>No exame fiz exame</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
<i>Exame</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<i>Exame</i>		<i>Covid 19</i>	<i>Covid 19</i>		
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
<i>Falta</i>					
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) D.O PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
<i>Fernando Patric Moraes</i>			32 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N.º DO BILHETE	38 - SÉRIE
<input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		<input type="checkbox"/> CNPJ EMPRESA			
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
<i>Patrícia Moraes</i>		<i>30060088</i>			
45 - DOCUMENTO		46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) D.O PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO			
<i>20/02/2020</i>		<i>30060088</i>			

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO
SEU CÓDIGO
0023523-7

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SFAZ 388/13

Nº da Nota Fiscal 4487319
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002 FCFAM*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	11/02/2020	411	337,63
CPF: 00011241560200			

JOAO VIEIRA REIS
R. FRANCISCO C. ANDRADE 529 - ASA BRANCA
CEP: 69.312-258 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (kWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 27041 Anterior: 26550 Dias de consumo: 31 Constante de Multiplicação: 1.069 Consumo medido: 411 Consumo Faturado: 411	Atual: 24-01-2020 Anterior: 04-12-2019 Próxima leitura: 04-02-2020 Emissão: 23-01-2020 Apresentação: 24-01-2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Ligações: MONO Número Medidor: E2725721 Forma de Faturamento: NORMAL Modalidade: M 1503433

DESCRÍPCAO DA CONTA

CONSUMO	411 A R\$ 0,760481 =	312,55
ILUMINACAO PUBLICA		25,08

OUTRAS INFORMAÇOES

TARIFA DEM TRIBUTOS:
0 A 411 - 0,617770

HISTÓRICO DE MEDICAO

Mês	Leitura
JAN/19	385
FEV/19	351
MAR/19	401
ABR/19	425
MAY/19	385
JUN/19	270
JUL/19	337
AGO/19	367
SET/19	396
OUT/19	416
NOV/19	446
DEZ/19	412
JAN/20	411

Média 12 meses: 382

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPERAÇÃO VENCIMENTO 1 E 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 28/01/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO EA0E.0004.3DD2.2DAD.5204.8476.607C.1426

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇOES - R\$		
Energia: 139,99	Encargos: 9,62	Base de Cálculo: 512,55	Aliquota: 17,00%	Valor: 52,13
Distribuição: 94,49	Tributos: 35,64		PIS: 0,31%	0,97
Transmissão: 0,00			COFINS: 1,45%	4,54

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DIGRI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
9,24	18,49	36,99	8,46	16,92
Realizado	1,72		2,00	1,12

Conjunto FLORESTA

Período de apuração: 11/2019 EUSD: 136,40



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, ELISANGELA DA SILVA DE LIMA, brasileiro
(a), SOLTEIRA, DO LAR, portador (a) do RG nº
220824, inscrito (a) no CPF sob o nº 813422842-91, residente e
domiciliado (a) na R. FRANCISCO CANDRADÉ, nº 529, Bairro
ASA BRANCA, Boa Vista-RR, CEP 69310-258, telefone
nº (95) 99146-8991, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 25 de JUNHO de 2020.

Elisangela da Silva de Lima
DECLARANTE