



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, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200181853

Vítima: SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000025109311-0

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

Atenciosamente,

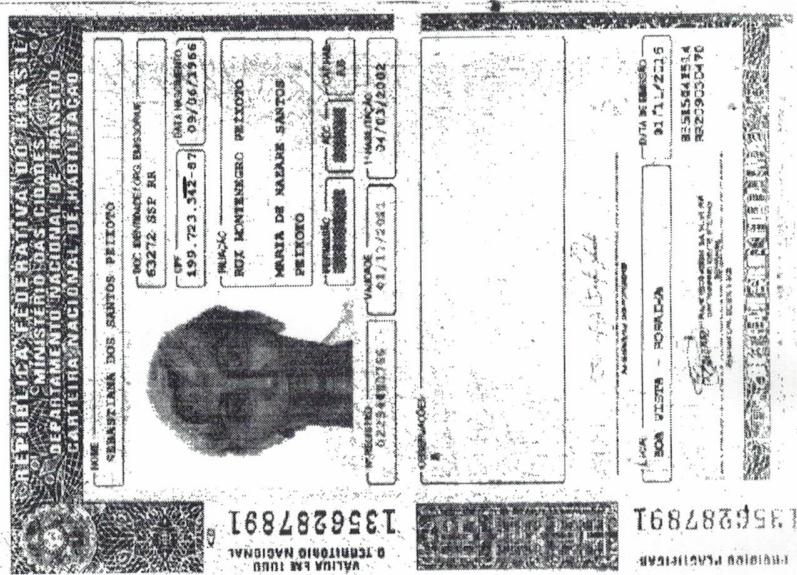


## PROCURAÇÃO

Eu, Sebastiana dos Santos Peixoto, brasileiro (a), solteira, portador (a) da cédula de identidade RG nº 63272 inscrito (a) no CPF sob o nº 199.723.342-87, residente e domiciliado (a) na Rua Araújo, nº 170 Bairro Aparecida, CEP 69.306-300, telefone nº 9.9129.4556, 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, 10 de junho de 2020.

  
OUTORGANTE.



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação desse documento pode ser realizada no endereço eletrônico: <https://proludi.tjrr.jus.br/projobj/> - Identificador: PJTJS\_RW58D\_QM6LV\_K51-23



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE PROTEÇÃO AO MEIO AMBIENTE - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 046367/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/12/2019 10:44 Data/Hora Fim: 26/12/2019 11:19

Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotto Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 08/11/2019 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Av. Parimé Brasil

Bairro: Jardim Caranã

Nº: S/N

Ponto de Referência: Ponte de acesso ao Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO (VITIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 09/06/1960

Profissão: Zelador

Estado Civil Separado(a)

Nome da Mãe: Maria de Nazaré Santos Peixoto

Nome do Pai: Rui Montenegro Peixoto

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 199.723.342-87

RG - Carteira de Identidade: 63272

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R Aruaque

Nº: 170

Bairro: Nossa Senhora Aparecida

CEP: 69.306-300

Telefone: (95) 99129-4556 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	199.723.342-87	Placa	NAY 2278
Renavam	01015569614	Ano/Modelo Fabricação	2014/2014
Cor	Preta	UF Veículo	Roraima
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	YAMAHA YS 150 FAZER ED
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Meio Empregado		
Nome Envolvido	Sebastianas dos Santos Peixoto	Envolvimentos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotto Pinto da Silva Filho  
Impresso por: José Maria de Souza Moura  
Data de Impressão: 26/12/2019 11:20

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



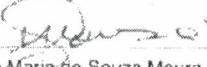
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE PROTEÇÃO AO MEIO AMBIENTE - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 046367/2019

Senhor delegado, compareceu nesta delegacia, a senhora acima qualificada para nos comunicar que na data e local supracitados, quando conduzia sua motocicleta, ao passar por cima dos finalizadores horizontais da via, conhecido como olho de gato, perdeu o equilíbrio e o controle do veículo, vindo a cair e na queda teve seu tornozelo direito com fratura exposta, assim como, seu antebraço esquerdo; que foi socorrida pelo pessoal do resgate do Corpo de Bombeiros e conduzida ao HGR(Hospital Geral de Roraima), onde permaneceu por 19 dias, devido a gravidade de suas lesões. Este é o breve relato dos fatos.

ASSINATURAS

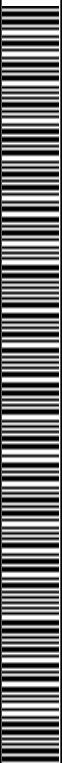
  
José Maria de Souza Moura

Agente Carcerâneo  
Matrícula 42000193  
Responsável pelo Atendimento

  
Sebastiana dos Santos Peixoto

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (fa) (única) responsável pelas informações acima assinaladas e ciente que poderão responder civil e criminalmente pelo presente ato agravado que dei ou prestei, conforme previsto nos Artigos 339 - Denunciação Caluniosa e 340 - Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



HOSPITAL DO ESTADO DE RORAIMA 1 <sup>a</sup> Classificação/Reclassificação		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	Reclassificação		
Secretaria de Estado da Saúde		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Vermelho		
Hospital Geral do Recife - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Laranja		
Av. Presidente Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Amarelo		
		<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Verde		
				<input type="checkbox"/> Azul Ass.		
PACIENTE 00000000000000000000000000000000		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19- 11	
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO	09/06/1966	53 A 4 M 29 D	700403447280442	19972334287	0004628	
Tipo Doc. Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade	
IDENTIDADE 63272	SSPRR	F	SEM	INFORMAÇÃO	BRASILEIRA	
Mae				Contato		
MARIA DE NAZARE SANTOS PEIXOTO				(95) 99126-6066	Ocupação	
Endereço	RUA - ARUAQUE - 170 - APARECIDA - BOA VISTA - RR				NÃO INFORMADA	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sia Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		Procedimento Sol.			
Sector	Tipo de Chegada					
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					
Queixa Principal:	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem						
GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 65						
Anamnese - HORA DA CONSULTA: h)						
Relatou ter feito queda de moto, em uso do capacete, não pode de consciousness e entrou o HEMORRAGIA. Em uso do óculos escuro e prende régua.						
Exame Físico						
Visc ópticas paroxysmal; turgescência, tonus normal do choque, ECG: NS, immobilizou em gesso Cervical e Tórax de ① a ④.						
Hipótese Diagnóstica						
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						
D. Diposse 1 <sup>o</sup> d. Agora 21/09 D. Thoracian 1 <sup>o</sup> d. Agora 21/09						
APRAZAMENTO						
OBSERVAÇÃO						
Conduita						
<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 Revisão <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta:						
Óbito						
Antes do 1 <sup>o</sup> 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: claudeci.rodrigues Data Hora: 08/11/2019 20:35:32						



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 08/11/19

O.S.

Sebastião dos Santos  
Perotto

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: Dr. Panacat

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

1º auxiliar:

Dr. Pablo R.

INSTRUMENTADORA:

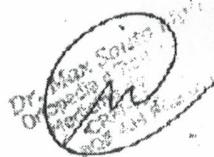
ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

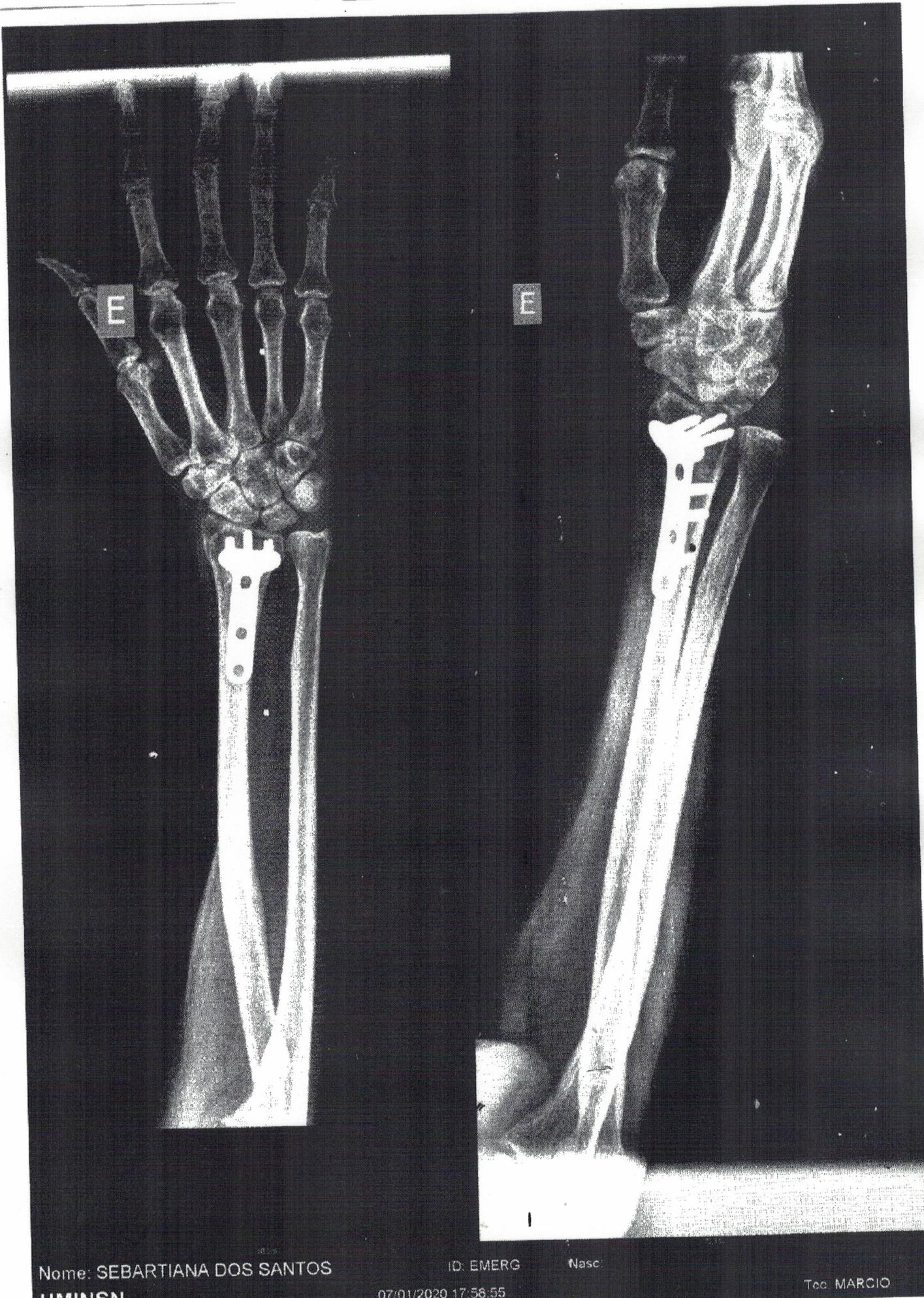
DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em D.O.H. S/ anest.
- ② capsu e Anticapsu
- ③ colocar de tampos estériles
- ④ traçagem mecanica com 10L de soro fisiológico 0,9%.
- ⑤ Reducer fratura + fixar com fixador externo transfixante sob o avante de intensificar
- ⑥ Sutura de pele
- ⑦ curativos
- ⑧ N.P.A.



Dr. Odinachi Okemil  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 186.177-P



Nome: SEBARTIANA DOS SANTOS  
HMINSN

ID: EMERG  
07/01/2020 17:58:55

Nasc:

Tec: MARCIO



**RORAIMA ENERGIA**

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Eze Góes, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.410/0001-44 | Insc. Estadual: 24.027.022-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1  
Regime Especial de Impressão autorizado pela SESA/ 28/9/13

Para contato com a Roraima Energia,  
informe este Número: **SEU CÓDIGO** **0008165-5**

Nº da Nota Fiscal: **00394867**  
A Tarifa Social de Energia Mínima - TSEM foi criada  
(Decreto nº 10.430 de 20 de abril de 2002).

DATA DA LEITURA	USO DA ENERGIA	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2019	12/12/2019	307	262,12
		CPF: 20007450715200	
		CEP: 69.360-000 - BOA VISTA	
DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual:	23878	Atual: 28/10/2019	Grupo/Subgrupo: 5
Anterior:	23571	Anterior: 27/09/2019	Classe/Subclasse: FESTA/BENEFICIAL
Dias de consumo:	33	Próxima leitura: 28/11/2019	Operação: B1
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão: 29/10/2019	Número Medidor: 1100004883
Consumo/médido:	307	Autorização: 28/10/2019	Firma no Faturamento: 100%
Consumo faturado:	307	Re: 04.001.00 61.47500	Motividade: CONTA DE FATO
CONSUMO		DESCRICAÇÃO DA CONTA	
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		307 A R\$ 0,764602 = 234,73	27,39
OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDIDAS	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 3 A 307 - R\$0,634600			

**DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS**

Eu, Sebastião dos Santos Peixoto, brasileiro  
(a), autônomo, pobreiro, portador (a) do RG nº  
63.972-558/RR, inscrito (a) no CPF sob o nº 199.723.342-87, residente e  
domiciliado (a) na Rua Aruáque, nº 170, Bairro  
Aparecida, Boa Vista-RR, CEP 69.306-300, telefone  
nº (95) 9.929.4556, 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, 10 de junho de 2020.

  
**DECLARANTE**



