



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, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200277191

Vítima: JONATHAN SILVA SOARES

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JONATHAN SILVA SOARES

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JONATHAN SILVA SOARES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000029476-3

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00235/00236 - carta_15R - INVALIDEZ

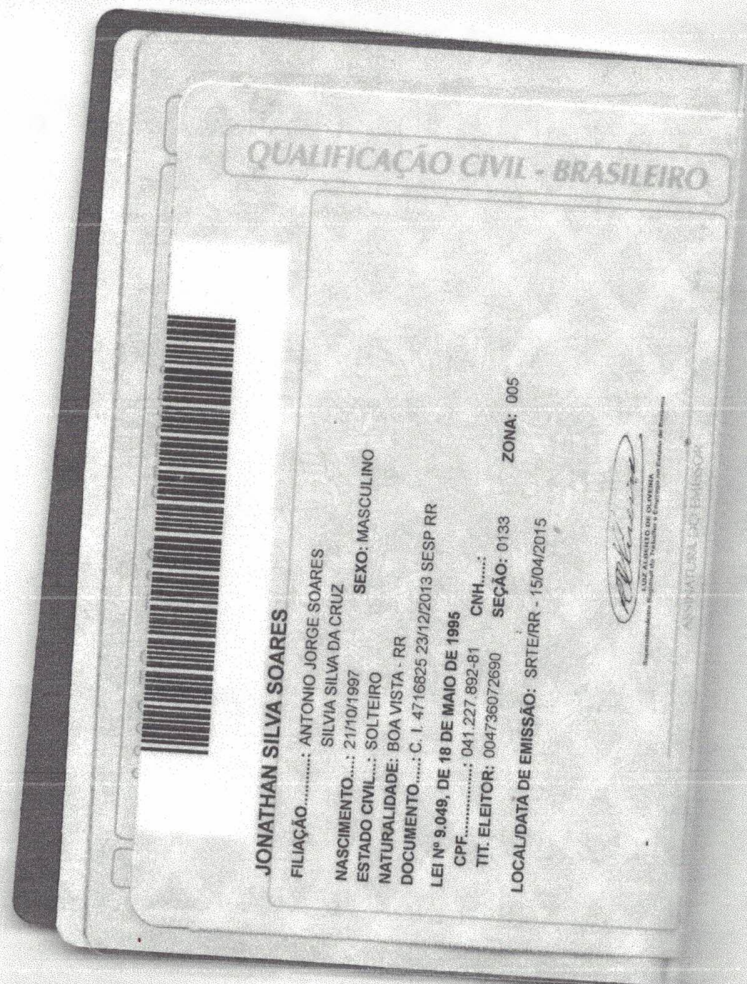
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVMF RPW38 HK62Y 85G7K

PROCURAÇÃO

Eu, Jonathan Silva Soares,
brasileiro (a), solteiro, motorista, portador (a) da
cédula de identidade RG nº 47.16.825, inscrito (a) no CPF sob o
nº 041.227.892-88, residente e domiciliado (a) na
Benjamin P. Melo, nº 855, Bairro
Pintalândia CEP 69.313-735, telefone nº 9913-3855
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 perante
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, 08 de setembro de 2020.

Jonathan Silva Soares
OUTORGANTE.



Fls: 1
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00021586/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/07/2020 17:16:18 Data/Hora Fim: 28/07/2020 17:16:18
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 23/02/2020 01:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Canarinho
Logradouro: Av. Ville Roy
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: JONATHAN SILVA SOARES (VÍTIMA , COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 21/10/1997 Idade 22
Profissão: Motorista Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Boa Vista
Nome da Mãe: Sílvia Sílvia da Cruz Nome do Pai: Antonio Jorge Soares

Documento(s)

RG: 4716825
CPF: 041.227.892-81

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R Benjamin P de Melo
Bairro: Pintelândia
Telefone: (95) 99113-3855 (Celular)

Nº: 855/01
CEP: 69.316-735

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 447.356.852-00	Placa NBA2006
Renavam 00472173200	Número do Motor KC16E6C548019
Número do Chassi 9C2KC1660CR548019	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor PRETA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido



Impresso por: Meire Moura da Silva
Data de Impressão: 28/07/2020 17:29:33

Página 1 de 2

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 27 de julho de 2020

Fls: 2

Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00021586/2020

Última Atualização Denatran 11/10/2019

Situação do Veículo

RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
ULOS

Nome Envolvido

Jonathan Silva Soares.

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico 95-99113-3855, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 23/02/2020, por volta das 01h:00min da madrugada, o comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo CG 150 TITAN EX, Placa NBA-2006; QUE neste momento trafegava na Av. Ville Roy, sentindo bairro; QUE nesta avenida, um veículo automotor, modelo SIENA, de cor prata, foi invadindo lentamente a pista que o comunicante estava, forçando o comunicante a desviar para a ciclovia, que o pneu da motocicleta bateu na proteção da ciclovia; QUE o comunicante foi arremessando de sua motocicleta; caindo entre as pistas; QUE o veículo automotor acima citado seguiu viagem normalmente, e não parou para prestar socorro ou assistência ao comunicante; QUE o comunicante foi socorrido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, SAMU, pois não conseguia movimentar seu braço direito, que a ligação foi realizada por transeuntes não identificados, que prestaram assistência ao comunicante no momento do fato; QUE o comunicante teve fraturas em todo seu corpo, e fraturas mais graves na clavícula do braço direito, ao qual foi quebrada, como consta em laudo médico em anexo a este B.O. QUE PERGUNTADO ao comunicante se ele tem suspeitas ou testemunhas que identifiquem ou auxiliem na identificação do autor que conduzia o veículo acima citado, RESPONDEU: QUE NÃO tem suspeitas de quem poderia ser o infrator que conduzia o veículo, que não lembra da placa para auxiliar na identificação deste veículo (, placa...), pois o acidente ocorreu muito rápido.

QUE o comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (28/07/2020) devido à gravidade de seus ferimentos, que somente registrou o fato para 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 ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Meire Moura da Silva

Escrivão de Polícia

Matrícula 42000511

Responsável pelo Atendimento

Jonathan Silva Soares

Vítima, Comunicante

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

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 27 de julho de 2020
Hualacy Seelig, S. de Souza / Matrícula nº 020116684
Assinatura



Impresso por: Meire Moura da Silva

Data de Impressão: 28/07/2020 17:29:33

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação/Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:		Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:		Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:	
2001223446		23/02/2020 01:37:20		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 7	
Paciente JONATHAN SILVA SOARES		Data Nascimento 21/10/1997		Idade 22 A 4 M 2 D		CNS 704808016279643	
Tipo Doc IGNORADO		Documento 2		Órgão Emissor PAAR / PSFE		Data Emissão 23/02/2020	
Sexo M		Estado Civil NI		Raça/Cor PARDA		Naturalidade BOA VISTA - RR	
Mãe SILVIA SILVA DA CRUZ		Pai NI		Contato BRASILEIRA		Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA - 04 - 186 - JARDIM TROPICAL - BOA VISTA - RR				Ocupação NÃO INFORMADA			
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira 		Validade 	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend. 		Procedência 	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol. 		Registrado por: LIDIANE OLIVEIRA	
Queixa Principal DOR		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem sem Alergia		GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		TOTAL 15			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h) Paciente relatou acidente de moto. Glasgow 15							
Exame Físico sem vitais estáveis							
Hipótese Diagnóstica Fx Clavícula (D)							
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 1) DORIFEN 100mg 1p 12h 2) Clonazepam 0,5mg 1p 12h 3) VAGUA Antitetânica 0,5 ml 12h				APRAZAMENTO 21/02		OBSERVAÇÃO 	
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: ORTOPEDIA							
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
 Impresso por: lidiane.oliveira
 Data Hora: 23/02/2020 01:37:57

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Daniel do N. Araújo
 Médico
 CRM-RR 2137



2001223446

* Conto para

T monna conturo um seu aula D


RX anunciando RX Surgimento de aula

D

CD: I melhor zôo gumada
RX Conturole

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 22007





RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal: **4634267**

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

SEU CÓDIGO

0153748-2

CONTA MÊS

FEVEREIRO/2020

VENCIMENTO

06/03/2020

CONSUMO (KWh)

252

TOTAL A PAGAR (R\$)

172,47

SILVIA SILVA DA CRUZ
R. BENJAMIN PEREIRA MELO 855 01 - PINTOLANDIA
CEP: 69.316-735 - BOA VISTA

CPF: 00062133470204

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual: 4159
Anterior: 3907
Dias de consumo: 28
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo medido: 252
Consumo Faturado: 252

DATAS DA LEITURA

Atual: 17/02/2020
Anterior: 20/01/2020
Próxima leitura: 17/03/2020
Emissão: 14/02/2020
Apresentação: 17/02/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: 1.4.1.1
Classe/Subclasse: RESID.BX.RENDA
Ligação: MONO
Número Medidor: 131DM04832
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade:

DESCRIÇÃO DA CONTA

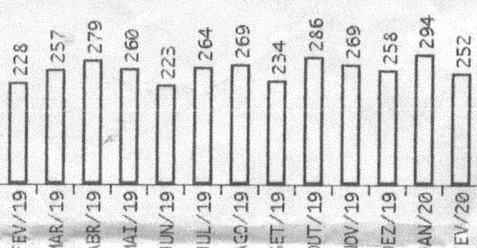
CONSUMO	30 A R\$	0,259229 =	7,77
	70 A R\$	0,444397 =	31,10
	120 A R\$	0,666603 =	79,99
	32 A R\$	0,740663 =	23,70
		50,40	
SUBVENCAO BAIXA RENDA	-		
CORRECAO MONETARIA DA	12/19-00		0,06
CORRECAO MONETARIA IG	12/19-00		0,22
MULTA POR ATRASO DE I	12/19-00		0,75
JUROS DE MORA POR ATR	12/19-00		0,12
MULTA POR ATRASO	12/19-00		2,93
JUROS DE MORA DE IMPO	12/19-00		0,73
ILUMINACAO PUBLICA			25,10

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30 - 0,209140
31 A 100 - 0,358530
101 A 220 - 0,537800
221 A 252 - 0,597550

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 268

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/03/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
01/2020 202,68

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

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO AA66.068E.1614.9796.BDFC.DAB7.13F2.AF86

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

	Valor	Encargos	Tributos
Energia:	76,96	4,35	
Distribuição:	33,72		27,53
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:	17,00%	24,23
PIS:	0,41%	0,58
COFINS:	1,91%	2,72

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMC	DICI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunto DISTRITO Período de apuração: 12/2019 EUSD: 55,79

ROT: 8.001.16.15.104803

SEU CÓDIGO

0153748-2

MÊS FATURADO

02/2020

Nº da Nota Fiscal: 4634267

TOTAL A PAGAR - R\$


172,47

VENCIMENTO

06/03/2020

FCAM*

83680000001 7 72470075000 8 00000000153 7 74820220008 9



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Jonathan Silvio Soares, brasileiro
(a), solteiro, motorista, portador (a) do RG nº
4716825, inscrito (a) no CPF sob o nº 041.227.892-81, residente e
domiciliado (a) na Byamin P. Melo, nº 855, Bairro
Pintolandia, Boa Vista-RR, CEP 69.316-735, telefone
nº (95) 99113-3855, 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, 08 de setembro de 2020.

Jonathan Silvio Soares
DECLARANTE