

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Intimações Citações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Processo 0832567-10.2020.8.23.0010 ☆ - (23 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 11783 - Citação
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág. 1



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, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190602430

Vítima: WILTON BORGES CARVALHO

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILTON BORGES CARVALHO

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

Carta nº 15021719



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, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190602430

Vítima: WILTON BORGES CARVALHO

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WILTON BORGES CARVALHO

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 02/03/2019, emitido pelo Dr. PEDRO DI GIOVANNI CRM nº 1615 - PR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01125/01126 - carta_31 - INVALIDEZ

00070563



Carta nº 15063985

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTFB TJJY5 TXNR4 NTMDB





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
594741652-20 Wilton Borges Carvalho

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:
Wilton Borges Carvalho 594.741.652-20

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
Motorista Rua: Cezar Nogueira Junior 930

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
Pimentalândia Boa Vista RR

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):
ILOIRRR@HOTMAIL.COM (051)98404-5368

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 6328 2 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) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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 cliente, 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 1002/2010



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 033237/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/10/2019 09:43 Data/Hora Fim: 02/10/2019 10:04
Origem: Polícia Judiciária Data: 02/10/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 02/03/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Carmelo
Complemento: Cruzamento com a Avenida Laura Pinheiro Maia
Ponto de Referência: Praça Germano Sampaio
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Dr. Silvio Botelho

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: WILTON BORGES CARVALHO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Zé Doca Sexo: Masculino Nasc: 20/01/1977
Profissão: Motoboy Escolaridade: Ensino Fundamental Completo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Izaura Borges Carvalho Nome do Pai: Raimundo Nonato Carvalho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 594.741.652-20

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua César Nogueira Júnior
Complemento: Casa
Bairro: Pintolândia
Telefone: (95) 99111-1543 (Celular)

Nº: 930

24 OUT. 2019

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

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 594.741.652-20	Placa NAZ-7268
Renavam 01020878247	Número do Motor KD05E5E225761
Número do Chassi 9C2KD0550ER225761	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 02/10/2019 10:05
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: 033237/2019

Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo	HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Wilton Borges Carvalho		Proprietário	
Grupo Veículo		Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Meio Empregado		
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Desconhecido 1		Proprietário, Possuidor	

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 01864807127), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo sua motocicleta também já devidamente descrita acima, pela Rua Carmelo e ao tentar adentrar na Avenida Laura Pinheiro Maia, foi "fechado" por outra motocicleta que transitava na mesma rua e sentido e para não colidir na mesma, desviou, vindo a perder o controle e cair. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. Que não tem uma informação sobre a motocicleta identificadora e por esse motivo não deseja representar criminalmente. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat 042000908

02 OUT. 2019

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Wilton Borges Carvalho
(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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

24 OUT. 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
594.741.652-20 Uilton Borges Carvalho

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:
Uilton Borges Carvalho 594.741.652-20

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
Hobby Rua: Cezar Nogueira Junior 930

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
Rintalandia Boa Vista RR

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):
ILOIRRR@HOTMAIL.COM (05)98404-5368

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)

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 6328 2

AGÊNCIA: CONTA:

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 (vai nascer)? ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Para contato
consulte informe
este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.097.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: 003675985
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	06/10/2019	487	346,28

RAIMUNDO NONATO DE CARVALHO
R. CEZAR NOGUEIRA JUNIOR 930 PINTOLANDIA
CPF: 00010023747315

END: 60 316-700 - BOA VISTA	ROT: 8.001.16.10.039100
DADOS DA LEITURA	DADOS DA LEITURA
Atual: 42133	Atual: 18/09/2019
Anterior: 41646	Anterior: 21/08/2019
Consumo de Medição: 1,000	Próxima Leitura: 18/10/2019
Consumo Medido: 487	Emissão: 17/09/2019
Consumo Faturado: 487	Apresentação: 18/09/2019
FECH	

Classe/Subclasse	Legação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BA. RENDA	BI	123454241	W 1410110	1.6.1.2	588

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo:	
AGO/19 598	CONSUMO 30 A R\$ 0,262660 = 7,87
JUL/19 598	70 A R\$ 0,450269 = 31,51
JUN/19 435	120 A R\$ 0,675410 = 81,04
MAI/19 532	267 A R\$ 0,750449 = 200,36
ABR/19 440	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA - 52,31
MAR/19 600	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 25,50
FEV/19 706	
JAN/19 696	
DEZ/18 606	
NOV/18 682	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 08007019120-1 PARA OPÇÃO VENCIMENTO 1 8 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 17/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 82,25	Base de Cálculo: 320,78
Energia: 174,42	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 54,53
Encargos: 9,06	Valor do PIS: 0,07
Tributos: 0,00	Valor do COFINS: 0,45

INDICADORES DE CONTINUIDADE
8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
0,00 0,00 0,00

DISTRITO: 07/2019	TOTAL A PAGAR - R\$
ROT: 8.001.16.10.039100	169,67
0033262-3	346,28
09/2019	VENCIMENTO
06/10/2019	

RORAIMA ENERGIA
Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.097.022-3
Nº da Nota Fiscal: 003675985 - FCAH

83650000003 6 46280075000 4 00000000033 1 26230919008 6



RORAIMA ENERGIA
Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.922-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 308/13

Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO
0108915-3

Nº de Nota Fiscal: 003319917

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00036305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	27732	Atual	25/07/2019
Anterior	27536	Anterior	24/06/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	25/08/2019
Consumo Medido	196	Emissão	24/07/2019
Consumo Faturado	196	Apresentação	25/07/2019

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classificação	3
Residencial	BI
Ligação	2206908
Posto	N 1519448
Código Fel	1.1.1.2
Módulo 12 meses	238

HISTÓRICO kWh	DESCRICAÇÃO DA CONTA
JUN/19 158	CONSUMO 196 A R\$ 0,764602 = 149,86
MAI/19 100	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 42,55
ABR/19 173	
MAR/19 263	
FEV/19 237	
JAN/19 231	
DEZ/18 209	
NOV/18 370	
OUT/18 345	
SET/18 246	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 196 - 0,604602

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
06/2019 164,28

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/08/2019, em função das contas reaviscadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar suspensão e inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda a existência de contas vencidas e não reaviscadas, no valor de R\$ 212,94 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9F73.38C8.904F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 38,51	Base de Cálculo: 149,86
Energia: 81,64	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 25,47
Encargos: 4,24	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 25,47	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
8,80			16,00			1,55

FLORÉSTA

ROT: 5.001.12.04.021718

05/2019 32,81

RORAIMA ENERGIA
Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.922-3

SEU CÓDIGO
0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$
192,41

MES FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
11/08/2019

Nº de Nota Fiscal: 003319917 FCAN

83680000001 / 92410075000 0 00000000108 1 91530719008 1

24 OUT 2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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 COAF³.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 Flóir Inácio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wilton Borges Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 594.741.652 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Wilton Borges Carvalho

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 594.741.652 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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: <u>Rua: Antonio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buxitis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>flouir@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99154-4282</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 20/10/19.

Assinatura do Declarante

24 OUT. 2019

3/2017

Guia de Atendimento 17



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

1ª Classificação
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Raquel L. Salazar
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

COREN-RR 001.058.491-TE

1901079320	02/03/2019 08:58:15	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	2	
Paciente		Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário
WILTON BORGES CARVALHO		20/01/1977		42 A 1 M 13 D		59474165220	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IGNORADO				M	NAO	PARDA	BRASIL
Mãe	IZAURA BORGES CARVALHO						Contato
							(95) 99121-9560
Endereço	RUA - MARIA SANTA DA SILVA - 530 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR						Ocupação
							NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
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:				
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		OZIREZ PRADO				
Queixa Principal	<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)							
Acidente motociclístico com							
Exercícios em MMTI.							
Exame Físico							
Dor no ombro (E)							
Hipótese Diagnóstica							
24 OUT. 2019							
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			
1) Dexamet 1g (E)							
2) Fito H1 40mg (E) NTF							
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: ortopedia. 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: ozires.prado Data Hora: 02/03/2019 08:58:39							

Ortopedia

Dr. Pedro

Paciente em tratamento Ortopedia (E)

Radiografia Tornozelo Ortopedia (E) - fratura
H.O. O mesmo grande tuberosidade (G)

C.O. Redução + imobilização + analgesia
Solicito Rx controle

Dr. Odinachi Okemini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM. 1851/RG

↳ Rx de controle: redução anatomica, fratura da
grande tuberosidade em desvio.

Dr. Tibério

Alto da Ortopedia, com melhores
condições - retorno com Rx. H.O.

Dr. Di. Giovanni
Ortopedista
RQE. 684



24 OUT. 2019

PROIBIDO PLASTIFICAR

1750997674

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1750997674

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: MITOR ROBERTS CARVALHO

RG: 307382940-558/MG

CPF: 554.743.652-20

DATA DE EMISSÃO: 30/05/2001

VALIDADE: 14/04/2021

Nº REGISTRO: 01864807127

PLANO: RAIMUNDO ROBERTO CARVALHO

ENDEREÇO: ITAUNA BONFIM CARVALHO

LOCAL: BOA VISTA, RR

CO GOVERNO BRASILEIRO

CO GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

DATA DE EMISSÃO: 18/02/2018






60003142913

RN210033681

RORAIMA

24 OUT. 2019

24 OUT. 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME ILZOIR INACIO DE SOUZA	DOC. IDENTIDADE / RG (EMISSOR)UF 114807 SSP RJ
	CPF 383.051.512-04
	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	PERMISSÃO 
CATEGORIA AB	ACC 
N° REGISTRO 01101912304	VALIDADE 28/01/2020
OBSERVAÇÕES <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	P° HABILITAÇÃO 15/12/1999
ASSINATURA DO PORTADOR 	
LOCAL BOA VISTA - ROFAIMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2013
ASSINATURA DO EMITENTE  ASSessor Claudio Kumbosen Pereira DIRETOR-GERAL DE LICITACAO	92485240616 RR207968020
DE TRAN. RR (ROFAIMA)	



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL										MINISTÉRIO DAS CIDADES									
DETRAN - RR										Nº 013774665892									
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO																			
VIA		COD. RENAVAM		NÚTRIC		EXERCÍCIO				VIA		COD. RENAVAM		NÚTRIC		EXERCÍCIO			
01		01020678247		1		2018				01		01020678247		1		2018			
WILTON BORGES CARVALHO										NOME									
594.741.652-20										PLACA									
PLACANT/J										CLASS									
ESP. DE TR										COMBUSTÍVEL									
PAS/MOTOCICLETA/MPR. PUBLIC.										ALCO/GRSOL									
MARCA/MODELO										ANO FAB									
HONDA/NXR150 BROS										2014									
CAP/OTOL										COR/PREDOMINANTE									
2P/01A9CD7										VERMELHA									
COTA ÚNICA										VEND/COTAS									
*PRB04										1 *****									
FAIXA/PVA										2 *****									
*PRB04										3 *****									
PARCELAMENTO/COTAS																			
PRÊMIO TABFABR (R\$)										DATA DE PAGAMENTO									
R\$0,7										05/11/2018									
OBSERVAÇÕES																			
BEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A																			
MAZON ECL																			
Antonio Francisco Desereta Marques										DATA									
BOR VASIB - Diretor Presidente										05/12/2018									
DETRAN-RR																			

RR Nº 013774665892										BILHETE DE SEGURO DPVAT									
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT																			
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO																			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA																			
www.seguradoralider.com.br																			
SAC DPVAT 0800 922 1204																			
VIA										EXERCÍCIO									
01										2018									
594.741.652-20										DATA EMISSÃO									
01020678247										05/12/2018									
MARCA/MODELO										PLACA									
HONDA/NXR150 BROS ES										NR7268									
ANO FAB										DATA									
2014										05/11/2018									
CAP/OTOL										Nº CHASSI									
902K10550E25761																			
PRÊMIO TARIFÁRIO																			
FNS (R\$)										CUSTO DO SEGURO (R\$)									
R\$81,29										R\$90,33									
DENATRAM (R\$)																			
R\$9,03																			
CUSTO DO BILHETE (R\$)										TOTAL A SER PAGO SEGURADORA (R\$)									
R\$4,15										R\$185,5									
PAGAMENTO										DATA DE QUITAÇÃO									
PARCELADO										05/11/2018									
COTA ÚNICA																			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT																			
CNPJ 09.248.608/0001-04																			
013774665892																			
54768581																			
DEZ-2018																			

24 OUT. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190602430 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: WILTON BORGES CARVALHO Data do acidente: 02/03/2019 Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: *PÁG. 2 - DR. PEDRO DI GIOVANNI - CRM 1615 (PR), de 02/03/2019.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

