

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: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12 500 por pág. <input type="button" value="1"/>					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 12	15/01/2021 15:46:57	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		12.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	 2778347CONTESTACAO01.pdf	Público
		12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	 2778347CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
<input type="checkbox"/> 11	15/01/2021 13:22:22	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária		
		Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis			
<input type="checkbox"/> 10	11/01/2021 01:50:39	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário		
		Para advogados/curador/defensor de WILTON BORGES CARVALHO com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 9) CONCEDIDO O PEDIDO (07/01/2021)			
<input type="checkbox"/> 9	07/01/2021 14:44:37	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado		
		CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária		
		Responsável: BRUNO FERNANDO ALVES COSTA	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 7	07/01/2021 00:18:34	RECEBIDOS OS AUTOS	Glayson Alves da Silva Distribuidor		
<input type="checkbox"/> 6	07/01/2021 00:18:34	REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE INCOMPETÊNCIA	Glayson Alves da Silva Distribuidor		
		1ª Vara Cível	ETHIANE DE SOUZA CHAGAS Analista Judiciária		
<input type="checkbox"/> 5	07/01/2021 00:18:34	MUDANÇA DE CLASSE PROCESSUAL DE CARTA PRECATÓRIA PARA PROCEDIMENTO ORDINÁRIO	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 4	22/12/2020 18:26:20	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	Thiago Amorim Dos Santos Advogado		
<input type="checkbox"/> 3	22/12/2020 18:04:47	RECEBIDOS OS AUTOS			
<input type="checkbox"/> 2	22/12/2020 18:04:47	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA			
		Núcleo de Plantão Judicial e Audiências de Custódia (NUPAC) - Competência Cível - Comarca de origem: BOA VISTA	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 1	22/12/2020 18:04:47	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL			



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





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: 6 - CPF: 5 - Nome completo: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

594.741.652-20 Wilton Borges Carvalho 594.741.652-20 930 (19) 98404-5368

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

17 - Nome completo: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: 21 - DADOS BANCÁRIOS: 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGENCIA: 3905 CONTA: 6328 2 AGENCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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: 24 OUT. 2019

- 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 Lider 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)

40 - Local e Data, 38 - 1^a | Nome: _____
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) CPF: _____
Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EPC 001 1/000/1/000



TESTEMUNHAS



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: Débora 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) Bairro: Dr. Silvio Botelho
Logradouro: Rua Carmelo
Complemento: Cruzamento com à Avenida Laura Pinheiro Maia
Ponto de Referência: Praça Germano Sampaio
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

EN VOLVIDO(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 Nº: 930
Complemento: Casa
Bairro: Pintolândia
Telefone: (95) 99111-1543 (Celular)

24 OUT. 2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR , EN VOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) EN VOLVIDO(S)

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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?		Quantidade		
Não		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 à motocicleta identificadora **e por esse motivo não deseja representar criminalmente. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

02 OUT. 2019

Wilton Borges Carvalho
(Vitima / Comunicante)

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Policia Civil
Matr 042000996

Responsável pelo Assentamento

"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 335-Denúncia 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: 6 - CPF: 8 - Endereço⁹: 9 - Número: 10 - Complemento:
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 6 - CPF: 8 - Endereço⁹: 9 - Número: 10 - Complemento:
594 741 652 - 20 Wilton Borges Carvalho 594 741 652 - 20

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço⁹: 9 - Número: 10 - Complemento:
Wilton Borges Carvalho 594 741 652 - 20 Hotboy Rua: Cezar Naguiara Júnior 930

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
Pimentalândia Boa Vista RR 16 - Tel.(DDD): (95) 98404-5368

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):
WILTONRR@HOTMAIL.COM (95) 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) Cäba Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 6328 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

24 OUT. 2019

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 Lider 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 deu ou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim país/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 Imprensa 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 10/10/19
X Wilton Borges Carvalho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garces, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.017.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 300/13

Para contato
conosco informe
este número

0033262-3

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.

CONTA MÊS	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

CED: 60.316.200 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.10.039100

DADOS DA LEITURA		kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	42133			Atual:	18/09/2019
Anterior:	41646			Anterior:	21/08/2019
Consumo de Referência:	1.006			Próxima Leitura:	18/10/2019
Consumo Médio:	487			Entrega:	17/09/2019
Consumo Mais Alto:	487			Apresentação:	18/09/2019

NORMA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Gerências	Lotação	Número Medidor	Pasta	Código Fat.	Média 12 meses	
RESID. BA. RENDA	BT	E204241	4.141031	1.6.1.2	588	
HISTÓRICO kWhs						
Mês/ano Usuáriose						
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	SUBVENCAO BAIXA RENDA	-	52,31		
MAR/19	600	ILUMINACAO PÚBLICA	-	25,50		
FEV/19	706					
JAN/19	696					
DEZ/18	606					
NOV/18	682					
DETALHAMENTO DE TRIBUTOS:						
ICMS	0,26	0,217500				
ICMS	0,18	0,172500				
ICMS	0,01	0,007500				
ICMS	0,05	0,045000				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08002019120-1 FAÇA UMA VENCIMENTO 1 8 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 17/09/2019, não constataram Faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

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

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

DISTRITO		07/2019	169,67
ROT:	8.001.16.10.039100	0033262-3	346,28

DISTRITO		07/2019	169,67
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019	06/10/2019
0033262-3	003675985	FCAM	

DISTRITO		09/2019</th
----------	--	-------------



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 SUSEP¹ 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 COAF².

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flávia Inacio 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 Imobilizado

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: _____

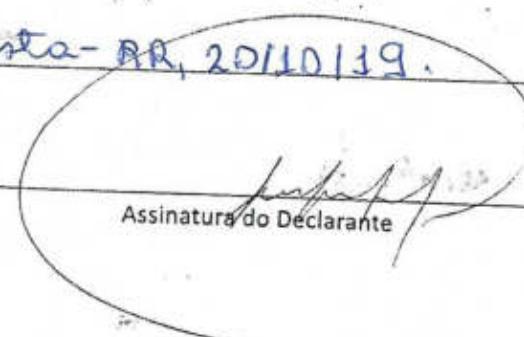
e apresento os documentos comprobatórios:

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: Rua: Antônio Pinheiro Galvão Número: 1832 Complemento: _____
Bairro: Buxitis Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.309-209
E-mail: flavor@redmail.com Tel.(DDD): (65) 99154-4282

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


Assinatura do Declarante

24 OUT. 2019

3/2011

...: Guia de Atendimento 17 ...

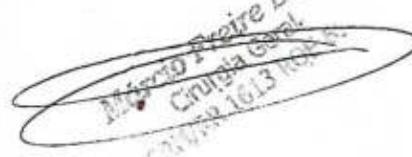


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
1ª Classificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Raquel L. Salazar
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.
CORE-RR 001.058.491-7E
CORE-RR 001.058.491-7E

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		
IGNORADO	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Mãe				M	NAO	PARDA	BRASIL
IZAURA BORGES CARVALHO							Contato
Endereço							(95) 99121-9560
RUA - MARIA SANTA DA SILVA - 530 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR							Ocupação
							NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Piano 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.					
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA						
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Acidente: motociclistico com escoriações em MMT. Dor em tórax (E)						
Exame Físico							
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 09/10/2019			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
	1) Diprofene 1g (E) 2) Álcool 40g (E) NTF						
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? () Sim () Não	Destino: () Família	() 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		 Mário Freire Cirurgia Geral 16/13/2019					



Ortopedia Dr. Pedro
Pac. com fratura Ombro (8)
Radiografia fratura Ombro (9) + fratura
H.O 20 mm
C.O. Reclusas + Inj. gács + Antes
Sofr. Rx entrole

Dr. Odinachi Okemoto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/DF

Rx de controles: redução anatômica, fratura da
grande tuberosidade sem desvio.

Dr. Tibor

Alto da artéria, com ondulação
edemaciada - resto com Rx. H.C.

Dr. Dr. Giovanni
Traumatologista
CRM: 151 RQE 684



24 OUT. 2019



24 OUT. 2019



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

