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, 18 de Novembro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200386746** **Vítima: ROBERTO JANUARIO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 20/06/2020** **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ROBERTO JANUARIO DE SOUSA**

Pag. 01171/01172 - carta_30 - INVALIDEZ
00010586

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$ 1.282,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R$ 945,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R$ 337,50

Recebedor: **ROBERTO JANUARIO DE SOUSA**
Valor: **R$ 1.282,50**
Banco: **104**
Agência: **000003905**
Conta: **000005568-9**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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
Administradora do Seguro DPVAT

# 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: |
|---|---|---|
| | 696.929.552-49 | Roberto Januário de Sousa |

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

**DADOS CADASTRAIS**

| 5 - Nome completo: | | | 6 - CPF: |
|---|---|---|---|
| Roberto Januário de Sousa | | | 696.929.552-49 |
| 7 - Profissão: | 8 - Endereço: | 9 - Número: | 10 - Complemento: |
| Autônomo | Rua rio Amazonas | 1013 | |
| 11 - Bairro: | 12 - Cidade: | 13 - Estado: | 14 - CEP: |
| Bela Vista | Bela Vista | RR | 69.316-124 |
| 15 - E-mail: | | | 16 - Tel (DDD): |
| adrbcavista.pendencia@hotmail.com | | | (95) 99117-5392 |

**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 ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 5568 9 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

**Nome do BANCO:** _____

**AGÊNCIA:** ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ ☐ (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.

**INVALIDEZ PERMANENTE**

**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.

**MORTE**

**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 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.

**NÃO ALFABETIZADO**

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)

**TESTEMUNHAS**

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 27 de Out. 2020

Roberto Januário de Sousa

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR
ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

# Ocorrência Nº: 10794/2020 - Registrado em: 11/09/2020 às 12h 47min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 20/06/2020 às 21h 42min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA
UF: RR
Logradouro: RUA RIO AMAZONAS
Nº: 0000
CEP: 00000-000
Bairro: CIDADE SATELITE
Tipo de local: VIA URBANA
Referência:
Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

ROBERTO JANUARIO DE SOUSA(41), nascido(a) em 29/10/1978, sexo MASCULINO, solteiro(a), CPF Nº 696.929.552-49, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de FRANCISCA JANUÁRIA DE SOUSA e , endereço: RUA RIO AMAZONAS, Nº: 1013, bairro: BELA VISTA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99117-5392.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DE PLACA NAZ0565, CHASSI Nº 9C2KC16209R000639, DE SUA PROPRIEDADE, NA RUA ALAMEDAS ANTARES, BAIRRO CIDADE SATÉLITE SENTIDO CARANÃ, QUANDO AO DESVIAR DE UMA POÇA DE ÁGUA, FOI SURPREENDIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO, E ACABOU HAVENDO UMA COLISÃO ENTRE ELES, CAUSANDO UM ACIDENTE. A VITIMA ROBERTO FOI RESGATADO PELO O CORPO DE BOMBEIRO E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, COM SUSPEITA DE FRATURA NA CLAVÍCULA.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000887
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Roberto Januário de Sousa
ROBERTO JANUARIO DE SOUSA
COMUNICANTE

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

# 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: |
|---|---|---|
| | 696.929.552-49 | Roberto Januário de Sousa |

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

**DADOS CADASTRAIS**

| 5 - Nome completo: | | | 6 - CPF: |
|---|---|---|---|
| Roberto Januário de Sousa | | | 696.929.552-49 |
| 7 - Profissão: | 8 - Endereço: | 9 - Número: | 10 - Complemento: |
| Autônomo | Rua rio Amazonas | 1013 | |
| 11 - Bairro: | 12 - Cidade: | 13 - Estado: | 14 - CEP: |
| Bela Vista | Bela Vista | RR | 69.316-124 |
| 15 - E-mail: | | | 16 - Tel (DDD): |
| adrbcavista.pendencia@hotmail.com | | | (95) 99117-5392 |

**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 ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 5568 9 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

**Nome do BANCO:** _____

**AGÊNCIA:** ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ ☐ (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.

**INVALIDEZ PERMANENTE**

**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.

**MORTE**

**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 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.

**NÃO ALFABETIZADO**

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)

**TESTEMUNHAS**

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 27 de Out. 2020

Roberto Januário de Sousa

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/11/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.282,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ROBERTO JANUARIO DE SOUSA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03905
CONTA: 000000005568-9

---

Nr. da Autenticação 26857B8B047EE878

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ROBERTO JANUARIO DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 3800525 PC PA
CPF: 696.929.852-49
DATA NASCIMENTO: 29/10/1978
FILIAÇÃO: FRANCISCO LEITE DE SOUSA
FRANCISCA JANUARIA DE SOUSA
PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.: A
Nº REGISTRO: 05352722620
VALIDADE: 11/07/2021
1ª HABILITAÇÃO: 26/09/2016
OBSERVAÇÕES
Roberto Januario de Sousa
ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL: BOA VISTA, RR
DATA EMISSÃO: 13/11/2015
ANTONIO FRANCISCO RIBEIRO MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR
ASSINATURA DO EMISSOR
RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1540671963
PROIBIDO PLASTIFICAR
1540671963

CAER

0800 280 9520

CNPJ: 05.823.407/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.055.436-0
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610

Matrícula: 907693 — Junho/2020

| Dados do Cliente: | Endereço para entrega: |
|---|---|
| CARMELIA TABOSA | RUA RIO AMAZONAS, NUM. 01013 - BELA VIST A BOA VISTA RR 69316-124 |

| Inscrição | Rota | Seq.Rota | Quantidade de Economias |
|---|---|---|---|
| 001.025.224.0570.000 | 7 | 5820 | 1 RESIDENCIAL |

| Hidrômetro | Data de Instalação | Situação Água | Situação Esgoto |
|---|---|---|---|
| NÃO MEDIDO | | LIGADO | LIGADO |

| | ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m3) | NUM DE DIAS |
|---|---|---|---|---|
| LEITURA FAT. | | | 10 | 0 |
| LEITURA INF. | | | | |
| DT. LEITURA | | | | |

ULTIMOS CONSUMOS

| | |
|---|---|
| 202005 | 10-0 |
| 202004 | 10-0 |
| 202003 | 10-0 |
| 202002 | 10-0 |
| 202001 | 10-0 |
| 201912 | 10-0 |
| MEDIA | 10 |

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M

| ANÁLISES | CLORO | TURBIDEZ | COR | C.TOTAIS | E.COLI |
|---|---|---|---|---|---|
| EXIGIDAS | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 |
| ANALISADAS | 186 | 186 | 186 | 186 | 186 |
| CONFORMES | 186 | 186 | 186 | 186 | 186 |

| DESCRICAO | CONSUMO | TOTAL(R$) |
|---|---|---|
| AGUA | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| CONSUMO DE AGUA | 10 M3 | 23,83 |
| ESGOTO | 80.0 % DO VALOR DE ÁGUA | 19,06 |
| TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 06/2020 | | 4,77 |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2020 | | 0,85 |

VENCIMENTO 15/07/2020 — TOTAL A PAGAR 48,51

AVISO:EM 30/04/2020 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

IMPRESSO EM: 05/06/2020 08:49:30

**ENERGIA** Roraima Energia. Informa pelo NÚMERO

**SEU CÓDIGO** 0102074-9

**RORAIMA ENERGIA S.A.**
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

**Nº DA NOTA FISCAL** 6077915 FCAM*

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

| REFERÊNCIA | EMISSÃO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R$) |
|---|---|---|---|
| SETEMBRO/2020 | 11/10/2020 | 1040 | 812,60 |

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO
CPF: 00024172596215
AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 2 - LIBERDADE
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

**DATAS DA LEITURA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Atual: | 24/09/2020 | Anterior: | 25/08/2020 | Próxima leitura: | 26/10/2020 |
| Emissão: | 23/09/2020 | Apresentação: | 24/09/2020 | Dias de consumo: | 30 |

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

| Grupo/Subgrupo | Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Faturamento | Modalidade |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.1.1.3 | RESIDENCIAL | TRIF | TDT1719802 | NORMAL | CONVENC |

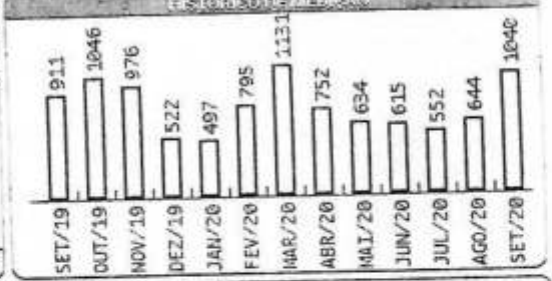
**DADOS DA LEITURA (kWh)**

| | kWh TOT/PTA | INJETADO TOT/PTA | kWh F.PONTA | INJETADO F.PONTA | kWh INTERMED. | INJETADO INTERMED. | kWh RESERVADO | INJETADO RESERVADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leit. Atual | 5821 | | | | | | | |
| Leit. Anterior | 4781 | | | | | | | |
| Constante | 1,000 | | | | | | | |
| Resíduo | | | | | | | | |
| Medido | 1040 | | | | | | | |
| Faturado: | 1040 | | | | | | | |

**DESCRIÇÃO DA FATURA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSUMO | 1040 A R$ | 0,748099 = | 778,02 |
| ILUMINACAO PUBLICA | | | 34,58 |

**HISTÓRICO DE CONSUMO**




Média 12 meses: 756

**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia eletrica a partir de 05/10/2020. O nao pagamento podera ensejar tambem a inclusao do nome do consumidor no SERASA.
Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

| Mes/Ano | Valor R$ |
|---|---|
| 07/2020 | 1.198,43 |

LIGUE 0800701 9120 E PAGA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

**RESERVADO AO FISCO** F1EB.4EA9.C4CB.871A.DBCE.AD0E.663C.08C9

**COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$**

| | |
|---|---|
| Energia: | 429,89 |
| [illegible] | 188,25 |
| Transmissão: | 0,00 |
| Encargos: | 24,35 |
| Perdas: | |

**IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R$**

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

| DIC | Mensal | Trimestral | Anual |
|---|---|---|---|
| Limite | 9,24 | 18,49 | 36,99 |
| Realizado | 0,36 | | |
| FIC | Mensal | Trimestral | Anual |
| Limite | 8,46 | 16,92 | 33,84 |
| Realizado | 1,00 | | |
| [illegible] | Mensal | DICRI | Mensal |

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

# 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[1] 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 COAF[2].

[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 Denilze Correia Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152,00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Roberto Januário de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 696.929.552,49

do sinistro de DPVAT cobertura Morte da Vitima Roberto Januario de Sousa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 696.929.552,49, 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: AV. General Ataide Teive | | Número: 1013 | Complemento: Casa |
| Bairro: Jardim Boa Vista | Cidade: Boa Vista | Estado: RR | CEP: 69.309-000 |
| E-mail: lideroboavista.pendencia@hotmail.com | | | Tel.(DDD): (95) 99117-0392 |

Local e Data: Boa Vista-RR 29 de Setembro 2020

Denilze Correia Dantas
Assinatura do Declarante

ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

| | |
|---|---|
| Nº DE AVISO: | 2497-20 |
| Nº DE VÍTIMAS: | 01/02 |
| OCORRÊNCIA: | T-07 |
| DATA: | 19/06/2020 |

| OBM DE ATUAÇÃO | ÁREA DE ATUAÇÃO | VTR | KMI | KMF |
|---|---|---|---|---|
| ☐ 1º BPABM ☐ 1º PEL ☐ 2º PEL<br>☐ 2º BPABM ☐ 1ª CIA ☐ 2ª CIA ☐ 3ª CIA | ☐ Leste ☐ Oeste ☐ Centro<br>☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural | VR-02-18 | 46.286 | 46.302 |

| H/SAÍDA | H/NO LOCAL | SAÍDA DO LOCAL | NO DESTINO | H/NA OBM OU B-0 |
|---|---|---|---|---|
| 21:42 | 21:52 | 22:28 | 22:39 | 22:51 |

**1. DADOS DA OCORRÊNCIA**

CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:

ENDEREÇO: ALAMEDA ANTARES Nº — BAIRRO: CIDADE SATÉLITE

CIDADE: BOA VISTA PONTO DE REFERÊNCIA: —

LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO: _____

**2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA**

NOME: ROBERTO JANUARIO DE SOUSA RG/CPF: 6969295 52-49

D.N.: 29/10/1978 IDADE: 41 SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino PNS: ☐ Sim ☒ Não

ENDEREÇO: RUA RIO AMAZONAS Nº 1013 BAIRRO: BELA VISTA

CIDADE: BOA VISTA NACIONALIDADE: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro: _____ TEL.: 9913 5-72

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não Se sim, qual: _____

Deseja informar sua orientação sexual? ☐ Sim ☒ Não
Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Homossexual
☐ Outro. _____

Deseja informar identidade de gênero? ☐ Sim ☒ Não
Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual
☐ Travesti ☐ Outro: _____

**3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO**

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transpor para avaliação médica.

☐ O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.

Assinatura do paciente/vítima: RG Nº SSP/

Testemunha: RG Nº: SSP/

Testemunha: RG Nº: SSP/

**4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)**

| Abertura ocular | Resposta verbal | Resposta motora | Total |
|---|---|---|---|
| ☒ 4. Espontânea<br>☐ 3. À voz<br>☐ 2. A dor<br>☐ 1. Nenhuma | ☒ 5. Orientado<br>☐ 4. Confuso<br>☐ 3. Palavras inapropriadas<br>☐ 2. Sons incomp./ Gemidos<br>☐ 1. Nenhuma | ☒ 6. Obedece aos comandos verbais<br>☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso<br>☐ 4. Reage a dor<br>☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação)<br>☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)<br>☐ 1. Nenhuma | 15 Pontos |

**5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)**

| Abertura ocular | Resposta verbal | Resposta motora | Total |
|---|---|---|---|
| ☐ 4. Espontânea<br>☐ 3. À voz<br>☐ 2. A dor<br>☐ 1. Nenhuma | ☐ 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha.<br>☐ 4. Choro, mas que pode ser confortado.<br>☐ 3. Irritabilidade persistente.<br>☐ 2. Agitação.<br>☐ 1. Nenhuma | ☐ 6. Movimenta os 4 membros.<br>☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso.<br>☐ 4. Sente dor, mas não retira.<br>☐ 3. Flexão a dor (Decorticação).<br>☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração).<br>☐ 1. Nenhuma | — Pontos |

**6. SINAIS VITAIS**

| PA: | — | FR: | — | FC: | 89 bpm | SpO2: | 98% | Temperatura: | — |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA – SUBJETIVA**

ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

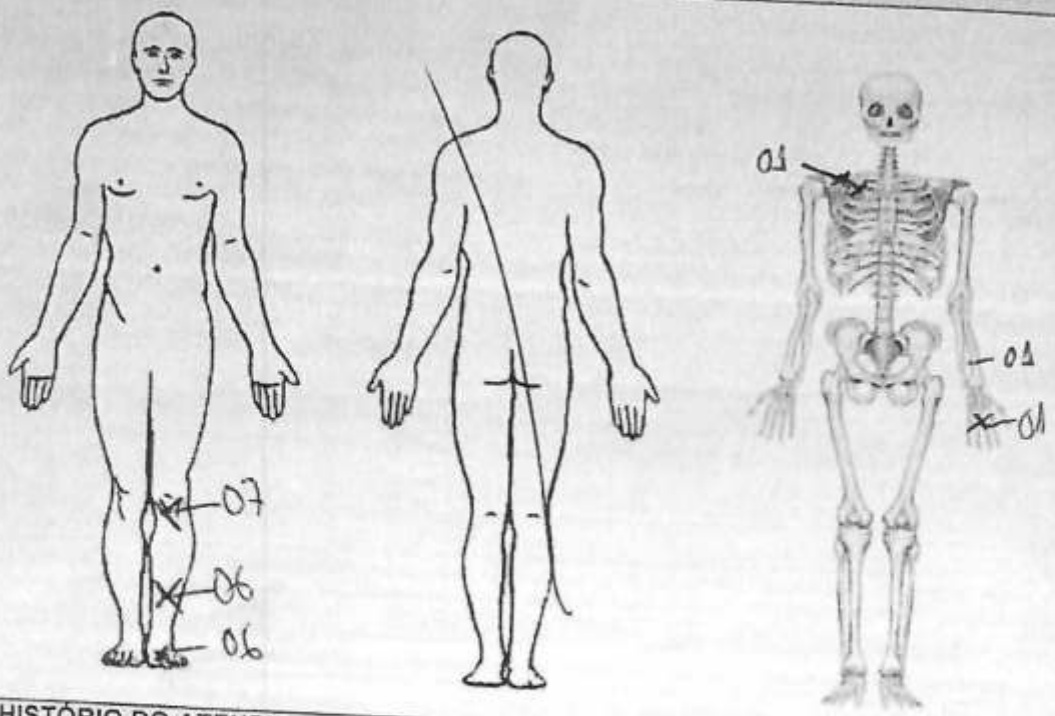
APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☐ SIM ☒ NÃO

Companhia de Atendimento Pré-Hospitalar
CONFERE COM O ORIGINAL
Em: 19/06/20
Ass.:

8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☐ Óbito evidente ☐ PCR ☐ Vítima encarcerada ☐ Vítima ejetada ☐ Capotamento

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:




Legenda:
01- Fratura
02- Luxação
03- Entorse
04- Ferimento incisivo
05- Ferimento Lacerante
06- Ferimento Corto-contuso
07- Ferimento perfurante
08- Ferimento penetrante
09- Amputação
10- Avulsão
11- Contusão
12- Escoriações
13- Queimaduras

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO X MOTO), FOI ENCONTRADO EM D.D.H, COM GRAU REALIZADA ANALISE PRIMÁRIA, APRESENTAVA-SE L.O.T.E., NEGOU EPISÓDIOS DE DESMAIOS VOMITOS, QUEIXAVA-SE DE DORES NA REGIÃO DA ESCAPULA E CLAVÍCULA (DIREITO), APRESENTA DEFORMIDADE, EDEMA E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL FRATURA NO LOCAL E OS MESMOS SINAIS N DEDOS ANTIBRAÇO DO M.S.E, POSSÍVEL FRATURA NO LOCAL, ESCORIAÇÕES NO TERÇO MEDIAL PERNA ESQUERDA E DORSO DO PÉ E UM OBJETO PEQUENO (ARGENTE VIDRO) PERFURADO AO SOF DO MESMO MEMBRO. EQUIPE REALIZOU PROCEDIMENTOS PARA ESTABILIZAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, LAS DE RETIRADA DE CAPACETE E COLOCAÇÃO DE COLAR, IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS FRATURADOS PROCEDIMENTOS PARA PRANCHAMENTO E ESTABILIZADO EM MACA, VÍTIMA ENTREGUE COM SINAIS VITAIS

11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Carteira de identidade | ☐ Cartão magnético ____ Und | ☐ Capacete | ☐ Outros: |
| ☐ CNH | ☐ Cheque ____ Fls | ☐ Calçado | |
| ☐ CPF | ☐ Dinheiro R$ ____ | ☐ Óculos | |
| ☐ Titulo de eleitor | ☐ Jóias | ☐ Relógio | |

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

| | | |
|---|---|---|
| ☒ P.S Francisco Elesbão | ☐ Hosp. da Criança Santo Antonio | ☐ Hosp. das Clinicas |
| ☐ P.A Airton Rocha | ☐ Hosp. Materno Infatil Nossa Senhora de Nazaré | ☐ Outros: |
| ☐ Pronto Atendimento Cosme e Silva | ☐ Hosp. Unimed | |

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Critico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

| Chefe de equipe: | Socorrista(s): | Condutor da VTR | Resp. pelo preenchime |
|---|---|---|---|
| SGT AMANDA | SD CESAR FILHO | SD CRISTIANO | SD CESAR FILHO |

15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura:

Documento de identidade:

Registro de conselho (CRM,COREN):

Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar
CONFERE COM O ORIGINAL
Em: 10/08/20
Ass.:

Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
CRM-RR 2084

3° Sgt Bari

GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

**RECEITUÁRIO**

**NOME:** Paulo Medeiros

O Pcte, Roberto Fonseca de Souza, vítima de acidente de moto (20/06/2020) com fratura dentro em nível (E) 1/3 Proximal Fratura 1/3 Médio (D) Perfil Instalado Comunicação em gesso e tração distal no calc (E). Cirurgia ortopédica ao mesmo dia! Perfil Tratamento Conservador Cirúrgico.

Pcte Consultado e Radiografia feita após 2 mês de acidente. (28/09/2020) com: pedido para retirada do gesso (E) da perna para fixador externo articulado calc (D) e 1/3 prox calc (D) 1/3 Superior da tíbia articulado calc (D) + Superior Fratura 1/3 Médio (D) Pacote em pendência do pedido para tentar a liberação Conservador calc (D) e Consultório Ulisses no Mod (E) a 1 mês do início do mesmo pelo.

Calc: 562
28/09/2020 543.1

DATA: ___/___/___

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Teive nº 6459 – Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 – Boa Vista – Roraima - Brasil
(0xx95) 98404-9631

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma-Acupuntura
CRM-RR 589

.::: Guia de Atendimento 17 :::.

Visto Ue

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

1ª Classificação | Reclassificação | Reclassificação | Reclassificação
( ) Vermelho | ( ) Vermelho | ( ) Vermelho | ( ) Vermelho
( ) Laranja | ( ) Laranja | ( ) Laranja | ( ) Laranja
( ) Amarelo | ( ) Amarelo | ( ) Amarelo | ( ) Amarelo
( ) Verde | ( ) Verde | ( ) Verde | ( ) Verde
( ) Azul Ass.: | ( ) Azul Ass.: | ( ) Azul Ass.: | ( ) Azul Ass.:

2001250953 20/06/2020 00:11:48

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 2

Paciente
**ROBERTO JANUARIO DE SOUSA**

| Tipo Doc | Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Data Nascimento | Sexo | Estado Civil | Raça/Cor | Idade | CNS | CPF | Prontuário |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIDADE | 3800525 | SESP/RR | 11/09/1997 | 29/10/1978 | M | SOLTEIRO(A) | PARDA | 41 A 7 M 22 D | 705000435535450 | 69692955249 | |

Mãe: **FRANCISCA JANUARIA DE SOUSA**
Pai: **FRANCISCO LEITE DE SOUSA**
Naturalidade: **ALTAMIRA - PA**
Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Endereço: **RUA - RIO AMAZONAS - 1013 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR**
Contato: **(95) 99162-8278**
Ocupação: **ENTREGADOR**

| 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 | RESGATE | | SILAS.SILVA |

**Queixa Principal**

( )Síndrome Febril ( )Sintomático Respiratório ( ) 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 15

**Anamnese - (HORA DA CONSULTA - __/__ h)**

Paciente vítima de acidente de moto
Dor em MSE e MIE

**Exame Físico**

**Hipótese Diagnóstica**

**SADT - Exames Complementares**

(X) RAIO -X ( ) ULTRA-SON (X) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:

| PRESCRIÇÃO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|---|---|---|
| | | |

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2029

**Conduta**

( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revelia
(X) Transferência para: Ortopedia

( ) Ambulatório
( ) Observação (Até 24h)
( ) Internação
Data e Hora da Saída/Alta: __/__/____ :

**óbito**
Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não **Destino:** ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica __/__/____ :

Elias Carvalho Sousa
Cirurgia Geral
CRM/RR - 7419

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

**Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: **silas.silva**
Data Hora: **20/06/2020 00:12:41**

2001250953

NCR. 20/06/2020

Paciente em GCS 6AO 6V 5. OTR.
Sem déficit motor.
TC de crânio _____. sem lesão neurocirúrgica
(d.c.) / Sem conduta neurocirúrgica no momento.
2) Reavaliação como necessário.

Dr. Márcio Tiago de O. Barbosa
Neurocirurgião
CRM-RR 1496

20/06/20 ortopedia:
Paciente com fx 5º MTE
não ~~E~~
Ci: Imobilização
retorno ambulatorial

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUZA CORREA

EVANGELINA LOBATO DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.
B

Nº REGISTRO
04953411311

VALIDADE
25/08/2019

1ª HABILITAÇÃO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correia Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

Wellison Dantas Santos
Diretor - Presidente
DETRAN RR
ASSINATURA DO EMISSOR

59564648026
RR207683212

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ROBERTO JANUARIO DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 3800525 PC PA
CPF: 696.929.852-49
DATA NASCIMENTO: 29/10/1978
FILIAÇÃO: FRANCISCO LEITE DE SOUSA
FRANCISCA JANUARIA DE SOUSA
PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.: A
Nº REGISTRO: 05352722620
VALIDADE: 11/07/2021
1ª HABILITAÇÃO: 26/09/2016
OBSERVAÇÕES
Roberto Januario de Sousa
ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL: BOA VISTA, RR
DATA EMISSÃO: 13/11/2015
ANTONIO FRANCISCO RIBEIRO MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR
ASSINATURA DO EMISSOR
RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1540671963
PROIBIDO PLASTIFICAR
1540671963

CAER

0800 280 9520

CNPJ: 05.823.407/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.055.436-0
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610

Matrícula: 907693 — Junho/2020

| Dados do Cliente: | Endereço para entrega: |
|---|---|
| CARMELIA TABOSA | RUA RIO AMAZONAS, NUM. 01013 - BELA VIST A BOA VISTA RR 69316-124 |

| Inscrição | Rota | Seq.Rota | Quantidade de Economias |
|---|---|---|---|
| 001.025.224.0570.000 | 7 | 5820 | 1 RESIDENCIAL |

| Hidrômetro | Data de Instalação | Situação Água | Situação Esgoto |
|---|---|---|---|
| NÃO MEDIDO | | LIGADO | LIGADO |

| | ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m3) | NUM DE DIAS |
|---|---|---|---|---|
| LEITURA FAT. | | | 10 | 0 |
| LEITURA INF. | | | | |
| DT. LEITURA | | | | |

ULTIMOS CONSUMOS

| | |
|---|---|
| 202005 | 10-0 |
| 202004 | 10-0 |
| 202003 | 10-0 |
| 202002 | 10-0 |
| 202001 | 10-0 |
| 201912 | 10-0 |
| MEDIA | 10 |

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M

| ANÁLISES | CLORO | TURBIDEZ | COR | C.TOTAIS | E.COLI |
|---|---|---|---|---|---|
| EXIGIDAS | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 |
| ANALISADAS | 186 | 186 | 186 | 186 | 186 |
| CONFORMES | 186 | 186 | 186 | 186 | 186 |

| DESCRICAO | CONSUMO | TOTAL(R$) |
|---|---|---|
| AGUA | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| CONSUMO DE AGUA | 10 M3 | 23,83 |
| ESGOTO | 80.0 % DO VALOR DE ÁGUA | 19,06 |
| TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 06/2020 | | 4,77 |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2020 | | 0,85 |

VENCIMENTO 15/07/2020 — TOTAL A PAGAR 48,51

AVISO:EM 30/04/2020 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

IMPRESSO EM: 05/06/2020 08:49:30

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200386746 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ROBERTO JANUARIO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/06/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR A DIREITA. PG. 2,3
FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO PG. 2,3.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. PG. 5.
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO E DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU RESIDUAL E DA MÃO DIREITA EM GRAU RESIDUAL.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME RELATÓRIO MÉDICO PG. 3, DR. CARLOS E. DE C. GUERRA - CRM 589.

**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 |
|---|---|---|---|---|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 % | Em grau residual - 10 % | 7% | R$ 945,00 |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 % | Em grau residual - 10 % | 2,5% | R$ 337,50 |
| | | **Total** | **9,5 %** | **R$ 1.282,50** |

# *PROCURAÇÃO*

**OUTORGANTE:**

**NOME:** Roberto Januario de Sousa
**NACIONALIDADE:** Brasileiro **ESTADO CIVIL:** União Estável
**PROFISSÃO:** Autonomo **CPF:** 696 . 929 . 532 - 49
**ENDEREÇO:** Rua Rio Amazonas 1013 Jardim Bela Vista.

**VÍTIMA:** Roberto Januario de Sousa
**CPF:** 696 . 929 . 532 - 49 **DATA DO ACIDENTE:** 20 / 06 / 2020
**NATUREZA:** ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

**OUTORGADA:**

**NOME:** DENILZE CORREA DANTAS
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRA **Est. Civil:** CASADA.
**PROFISSÃO:** EMPRESÁRIA **RG:** 3142655 SSP/RR **CPF:** 792.657.152-00
**ENDEREÇO:** AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

**PODERES:**

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de transito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Boa Vista-RR 17 de agosto 2020

X Roberto Januário de Sousa
Assinatura

**Obs. – Reconhecimento por autenticidade.**

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataíde Teive, 4307 - Asa Branca - Boa Vista - RR
Fone: (95) 3627-4186
214248.5f0a85e6b84ac
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"ROBERTO JANUARIO DE SOUSA"
214248
Em testemunho da verdade. VMOL
Do que dou fé. Boa Vista/RR, 17 de agosto de 2020.
Consulte o(s) selo(s) através do site cartaoaqui.com.br
RECFIR16829GNPOUNLK8UP+0JK30 /
Emolumentos:R$ 2,56 Fundos:ISS:R$ 0,65 SELO:R$ 1,50 Total:R$ 4,71
Clara Carvalho Barbosa dos Santos
Escrevente Autorizada

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306910/20

**Vítima:** ROBERTO JANUARIO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/06/2020

**CPF:** 696.929.552-49 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** ROBERTO JANUARIO DE SOUSA

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

**DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00**

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

**ROBERTO JANUARIO DE SOUSA : 696.929.552-49**

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2020
Nome: ROBERTO JANUARIO DE SOUSA
CPF: 696.929.552-49

ROBERTO JANUARIO DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200386746 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ROBERTO JANUARIO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/06/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR A DIREITA. PG. 2,3
FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO PG. 2,3.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. PG. 5.
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO E DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU RESIDUAL E DA MÃO DIREITA EM GRAU RESIDUAL.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME RELATÓRIO MÉDICO PG. 3, DR. CARLOS E. DE C. GUERRA - CRM 589.

**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 |
|---|---|---|---|---|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 % | Em grau residual - 10 % | 7% | R$ 945,00 |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 % | Em grau residual - 10 % | 2,5% | R$ 337,50 |
| | | **Total** | **9,5 %** | **R$ 1.282,50** |