

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2969027720210203175432

Processo 0800260-66.2021.8.23.0010 ☆ - (26 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
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

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 9	03/02/2021 17:54:32	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2779732CONTESTACAO01.pdf	Público
9.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2779732CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
8	22/01/2021 00:00:54	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ROBERTO JANUARIO DE SOUZA) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
7	11/01/2021 13:01:44	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ROBERTO JANUARIO DE SOUZA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)	ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária
<div>[+]</div> 6	11/01/2021 12:53:49	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
5	08/01/2021 10:35:25	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	08/01/2021 10:35:25	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	08/01/2021 10:35:25	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	08/01/2021 10:35:25	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	08/01/2021 10:35:24	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	MARLON TAVARES DANTAS Advogado



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

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,

Pag. 01171/01172 - carta_30 - INVALIDEZ

00010586

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVS6 NRE57 3K4ZC P76AD



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:

696.929.552-49

3 - CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

Roberto Jannuario de Sousa

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

5 - Nome completo:

Roberto Jannuario de Sousa

6 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Rio Amazonas

11 - Bairro:

Bela Vista

12 - Cidade:

Bela Vista

15 - E-mail:

adriacarvalho.pendencia@bol.com

6 - CPF:

696.929.552-49

9 - Número:

1013

10 - Complemento:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.216.124

16 - Tel. (DDD):

(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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3905

CONTA:

5568

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 (vairascer)?

☐ 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

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:

Bela Vista - RR 27 de Out. 2020

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 9166-7209

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

Logradouro: RUA RIO AMAZONAS

Bairro: CIDADE SATELITE

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: 0000

CEP: 00000-000

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

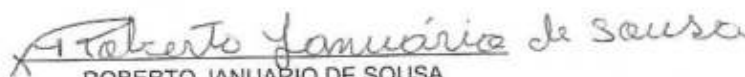
ROBERTO JANUARIO DE SOUSA(41), nascido(a) em 29/10/1978, sexo MASCULINO, solteiro(a), CPF Nº 696.929.552-49, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de FRANCISCA JANUÁRIA DE SOUSA e , endereço: RUA RIO AMAZONAS, Nº: 1013, bairro: BELA VISTA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99117-5392.

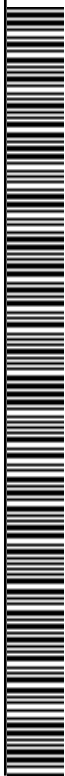
RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DE PLACA NAZ0565, CHASSI Nº 9C2KC16209R000639, DE SUA PROPRIEDADE, NA RUA ALAMEDAS ANTARES, BAIRRO CIDADE SATELITE SENTIDO CARANÁ, 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 POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

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


ROBERTO JANUARIO DE SOUSA
COMUNICANTE





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:

696.929.552-49

3 - CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

Roberto Farnurário de Sousa

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

5 - Nome completo:

Roberto Farnurário de Sousa

6 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Rio Amazonas

11 - Bairro:

Bela Vista

12 - Cidade:

Bela Vista

15 - E-mail:

adriacarvalho.pendencia@bol.com

6 - CPF:

696.929.552-49

9 - Número:

1013

10 - Complemento:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.216.124

16 - Tel. (DDD):

(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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3905

CONTA:

5568

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 (vairascer)?

☐ 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

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:

Bela Vista - RR 27 de Out. 2020

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVS6 NRE57 3K4ZC P76AD



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DI PARLAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
E ARTELIA NACIONAL DE HABITACAO

ROBERTO JANUARIO DE SOUSA

BOC. ENTREGUE (PRO. MARCOS)
3800525 PC PA

CPE
696.929.852-49

DATA NASCIMENTO
29/10/1978

PLACAO
FRANCISCO LUIZ DE SOUSA
FRANCISCA JANUARIA DE SOUSA

PRIMEIRO
ANTONIO FRANCISCO BENEZINA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-PA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSAO
13/11/2009

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1540671963

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1540671963

0800 280 9520

Matricula
907693

Junho/2020

Dados do Cliente:
CARMELIA TABOSA

Endereço para entrega:
RUA RIO AMAZONAS, NUM. 01013 - BELA VIST
A BOA VISTA RR 69316-124

Inscrição
001.025.224.0570.000

Rota
7

Seq.Rota
5820

Quantidade de Economias
1

Hidrômetro
NÃO MEDIDO

Data de Instalação
ANTERIOR

Situação Água
LIGADO

Situação Esgoto
LIGADO

LEITURA FAT.
LEITURA INF.
DT. LEITURA

ANTERIOR
10

ATUAL
10

CONSUMO (m3)
0

NUM DE DIAS
0

ULTIMOS CONSUMOS

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR					
INFORMAÇÕES DAS ANÁLISAS REALIZADAS NA REDE DE DISTRIBUIÇÃO					
SECRETARIA FEDERAL Nº 5440 - 5005 Q.M					
ANÁLISES	CLORO	TURBIDIDADE	ODR	C.TOTEM	E.COLI
EXISTENTE	180	180	180	180	180
ANÁLISES	186	186	186	186	186
CONFORME	186	186	186	186	186

DESCRICAÇÃO
AGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE AGUA
ESGOTO
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 06/2020
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2020

CONSUMO
10 M3
80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

TOTAL(R\$)
23,83
19,06
4,77
0,85

TOTAL A PAGAR
48,51

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

ENERGIA RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ RR/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.

0102074-9

PERÍODO	PERÍODO	CONSUMO	TOTAL A PAGAR
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

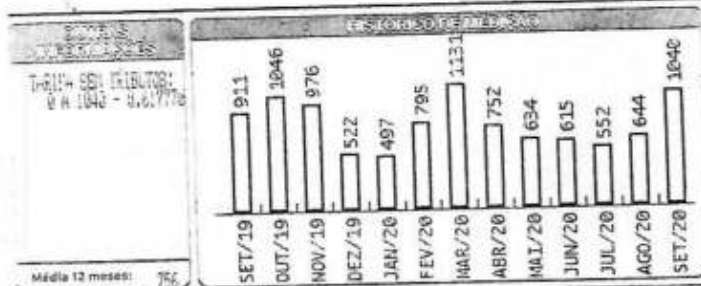
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modelidade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	TDT1719802	NORMAL	CONVENC

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							

RESUMO DO PAGAMENTO

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



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/10/2020. O novo pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA.

Caso tenha afetado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
07/2020 1.198,43

LIGUE 08007819120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO F1EB.4EA9.C4CB.871A.DBCE.AD0E.663C.0BC9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Energia:	429,89	DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Transmissão:	188,25	Limite	9,24	18,49	36,99
Encargos:	0,00	Realizado	0,36		
Perdas:	24,35	ETC	Mensal	Trimestral	Anual
		Limite	8,46	16,92	33,84
		Realizado	1,00		
			Mensal	DICRI	Mensal



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/BIBLIOTECASWEB/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 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Corraça Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152,00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Roberto Jamuário de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 696.929.552,49

do sinistro de DPVAT cobertura Morte da Vítima Roberto Jamuário 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: <u>AV. General Ataíde Teófilo</u>	Número: <u>1013</u>	Complemento: <u>Baso</u>
Bairro: <u>Parque Solente</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>luderboavista.pendencio@bolmail.com</u>	CEP: <u>69.309-000</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 99117-0392</u>

Local e Data: Boa Vista - PE 29 de setembro 2020

Denilze Corraça Dantas

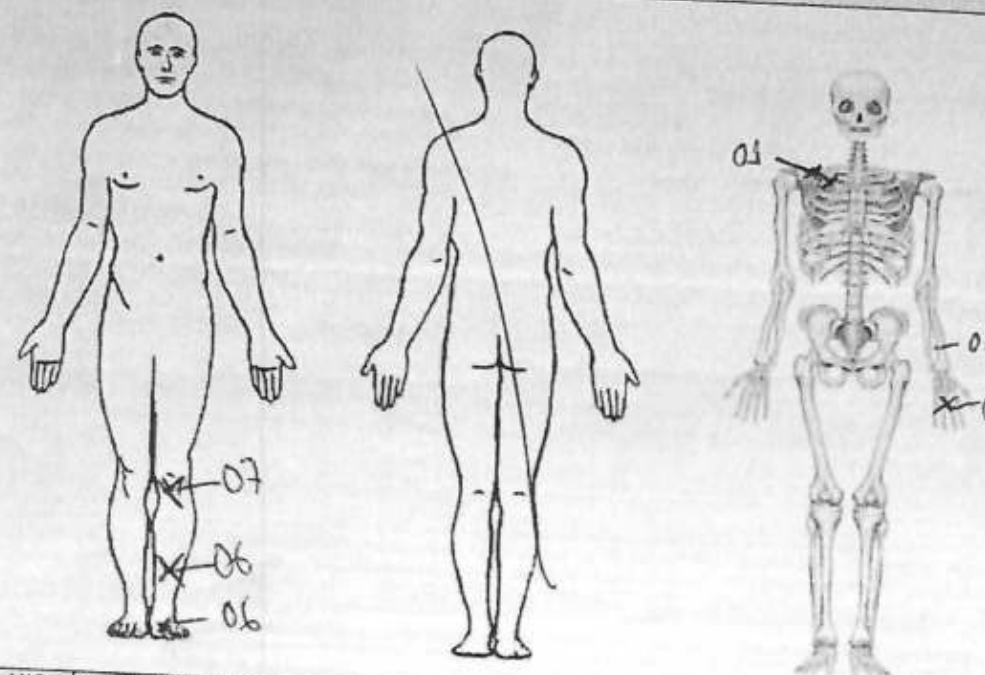
Assinatura do Declarante

 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: F-07				
		DATA: 19/06/2020				
OBM DE ATUAÇÃO		ÁREA DE ATUAÇÃO		VTR	KMI	KMF
<input type="checkbox"/> 1º BPABM <input type="checkbox"/> 1º PEL <input type="checkbox"/> 2º PEL <input type="checkbox"/> 2º BPABM <input type="checkbox"/> 1ª CIA <input type="checkbox"/> 2ª CIA <input type="checkbox"/> 3ª CIA		<input type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Rural		VR-02-18	46.286	46.302
H/SAÍDA	H/NO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	NO DESTINO	H/NA OBM OU B-O		
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 SATELITE		
CIDADE: BOA VISTA		PONTO DE REFERÊNCIA:				
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> OUTRO:						
2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA						
NOME: ROBERTO JAVUÁRIO DE SOUSA			RG/CPF: 696929552-49			
D.N.: 29/10/1978	IDADE: 41	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	PNS: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
ENDEREÇO: RUA RIO AMAZONAS			Nº: 1013	BAIRRO: BELLA VISTA		
CIDADE: BOA VISTA		NACIONALIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro:		TEL.: 99135-221		
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Se sim, qual:						
Deseja informar sua orientação sexual? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			Deseja informar identidade de gênero? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Homossexual			Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Homem transexual <input type="checkbox"/> Mulher transexual			
<input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Outro:			
3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO						
<input type="checkbox"/> Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.						
<input type="checkbox"/> 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	
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma			15 Pontos	
5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)						
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora			Total	
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input checked="" type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanhados. <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado. <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente. <input type="checkbox"/> 2. Agitação. <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros. <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso. <input type="checkbox"/> 4. Sente dor, mas não retira. <input type="checkbox"/> 3. Flexão a dor (Decorticação). <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração). <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma			1 Pontos	
6. SINAIS VITAIS						
PA: —	FR: —	FC: 89 bpm	SpO2: 98%	Temperatura: —		
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA						
ALERGIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL (is):						
USO DE MEDICAMENTOS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL (is):						
APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO						

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 (MOTOX MOTO), FOI ENCONTRADO EM D.D.H. COM ARAIA REALIZADA ANÁLISE PRIMÁRIA, APRESENTAVA-SE L.O.T.E., NEMUM EPISÓDIOS DE DESMAIOS, VÔMITOS, QUEIXAVA-SE DE DORES NA REGIÃO DA ESCÁPULA E CLAVÍCULA (DIREITO), APRESENTA DEFORMIDADE, EDEMA E IMPERFECÇÃO FUNCIONAL FRATURA NO LOCAL E OS MESMOS SINAIS NA REGIÃO LANTIBRACÇO DO M.S.E. POSSÍVEL FRATURA NO LOCAL, ESCORIAÇÕES NO TERÇO MEDIAL DA PERNA ESQUERDA E DORSO DO PÉ E UM OBJETO PEQUENO (APARENTE VIDRO) PERFORADO AO JOELHO DE RETIRADA DE CAPACETE E COLOCAÇÃO DE COLAR, IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS FRATURADOS PROCEDIMENTOS PARA PRANCIAMENTO E ESTABILIZAÇÃO EM PARA VÍTIMA ENTREGUE COM SINAIS VITAIS

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

<input type="checkbox"/> Carteira de identidade	<input type="checkbox"/> Cartão magnético	Und	<input type="checkbox"/> Capacete	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> CNH	<input type="checkbox"/> Cheque	Fls	<input type="checkbox"/> Calçado	
<input type="checkbox"/> CPF	<input type="checkbox"/> Dinheiro R\$		<input type="checkbox"/> Óculos	
<input type="checkbox"/> Título de eleitor	<input type="checkbox"/> Jóias		<input type="checkbox"/> Relógio	

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

<input checked="" type="checkbox"/> P.S Francisco Elesbão	<input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antonio	<input type="checkbox"/> Hosp. das Clinicas
<input type="checkbox"/> P.A Airton Rocha	<input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento Cosme e Silva	<input type="checkbox"/> Hosp. Unimed	

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR


Chefe de equipe:	Socorrista(s):	Condutor da VTR	Resp. pelo preenchimento
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): _____



Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
CRM/RN 2084

3º. J. Barros



RECEITUÁRIO

NOME:

RECEITUÁRIO

11. Sgrate de Luxa cuncland orlo (11) + Sgrate Fata
II (11) (11)
Recat impendite de pmo intenc c/ defect
DATA: / /

DATA:

DATA: 10/05/2010 10h00 em Carta de depoimento

Renato Invernado Neto ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Teive nº 6459 – Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 – Boa Vista – Roraima

ASSINATURA E CARIMBO

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

[illegible]

Crno: 562

5431

10/09/2006

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



20/06/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

Visto We

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação/Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
ROBERTO JANUARIO DE SOUSA		29/10/1978		41 A 7 M 22 D		705000435535450	
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo		Estado Civil Raça/Cor		Naturalidade		CPF	
IDENTIDADE 3800525 SESP/RR 11/09/1997 M		SOLTEIRO(APARDA)		ALTAMIRA - PA		69692955249	
Mãe		Pai		Contato		Nacionalidade	
FRANCISCA JANUARIA DE SOUSA		FRANCISCO LEITE DE SOUSA		(95) 99162-8278		BRASILEIRA	
Endereço							
RUA - RIO AMAZONAS - 1013 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
ACIDENTE DE MOTO		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				Autorização	
Setor		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Temp.	
GRANDE TRAUMA		URGÊNCIA				Peso	
		RESGATE		Procedimento Sol.		Pressão	
Queixa Principal						Registrado por:	
						SILAS.SILVA	
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h)		GSC		TOTAL			
Parente próximo de acidente de moto		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares							
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
Dipirona 2g							
Clonazepam 0,5mg							
Ibuprofeno 400mg							
Dr. Pedro de S. Fausio							
Médico Residente							
Ortopedia e Traumatologia							
CRM-RR 2029							
Conduta							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Ambulatório		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)		<input type="checkbox"/> Internação	
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido							
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia							
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para:							
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: silas.silva
Data Hora: 20/06/2020 09:12:41

2001250953

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJS6 NRE57 3K4ZC P76AD



NCR. 20/06/2020

Plavente em Glasgow 15. PIFR.

Sem déficit motor.

TC de crânio - sem lesões neurológicas

(1.) Sem conduta neurológica no momento.

2) Reorientação com ressonância.

20/06/20 ortopedi.

Plavente com fx 5º MTC

sem (E)

C.F. Imobilizado
reterno ambulatório

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

Dr. Márcio Tavares de O. Barbosa
Neurocirurgia
CRM-RR 1498

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
905314502

PROIBIDO FALSIFICAR
905314502

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
Q4953410311

VALIDADE
20/08/2019

1ª HABILITAÇÃO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

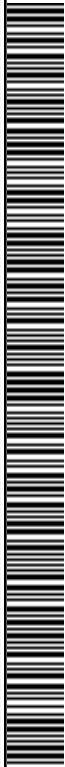
LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

Denilson Dantas Santos
Diretor - Presidente
DETRAN RR
ASSINATURA DO EMISSOR

59564648026
RR207683212

DETRAN - RR (RORAIMA)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DO PARLAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E ARTEFICIAL NACIONAL DE HABITACAO

ROBERTO JANUARIO DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE (RG, PASSAPORTE)
3800525 PC PA

CPS
696.929.852-49

DATA NASCIMENTO
29/10/1978

PLACAO
FRANCISCO LUIZ DE SOUSA
FRANCISCA JANUARIA DE SOUSA

PRIMEIRO
ANTONIO FRANCISCO BENEZINA BARBOSA
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRANAL

ASSINATURA DO ENVIADOR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSAO
13/11/2009

VALIDADE
11/07/2021

NUMERO
05352722620

VALIDADE
26/09/2016

OBSERVAÇÕES

PROIBIDO PLASTIFICAR
1540671963

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1540671963

RORAIMA

0800 280 9520

Matricula
907693

Junho/2020

Dados do Cliente:
CARMELIA TABOSA

Endereço para entrega:
RUA RIO AMAZONAS, NUM. 01013 - BELA VIST
A BOA VISTA RR 69316-124

Inscrição
001.025.224.0570.000

Rota
7

Seq.Rota
5820

Quantidade de Economias
1

Hidrometro
NÃO MEDIDO

Data de Instalação
NÃO MEDIDO

Situação Água
LIGADO

Situação Esgoto
LIGADO

ANTERIOR
LEITURA FAT.
LEITURA INF.
DT. LEITURA

ATUAL
10

CONSUMO (m3)
0

NUM DE DIAS
0

ULTIMOS CONSUMOS

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR					
INFORMAÇÕES DAS ANÁLISAS REALIZADAS NA REDE DE DISTRIBUIÇÃO					
SECRETARIA FEDERAL N.º 5440 - 5005 Q.M					
ANÁLISES	CLORO	TURBIDIDADE	ODR	C.TOTEM	E.COLI
EXISTENTE	180	180	180	180	180
ANÁLISES	186	186	186	186	186
CONFORME	186	186	186	186	186

DESCRICAÇÃO
AGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE AGUA
ESGOTO
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 06/2020
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2020

CONSUMO
10 M3
80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

TOTAL(R\$)
23,83
19,06
4,77
0,85

TOTAL A PAGAR
48,51

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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: uniao estável
PROFISSÃO: Autônomo CPF: 696.929.532-49
ENDEREÇO: Rua Rio Amazonas 1013 Jardim Belorizonte

VÍTIMA: Roberto Januario de Sousa
CPF: 696.929.532-49 DATA DO ACIDENTE: 20/10/2020
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 trânsito, 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.



Boa Vista-RR 17 de agosto 2020

X Roberto Januario de Sousa
Assinatura

Obs. – Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306910/20

Vítima: ROBERTO JANUARIO DE SOUSA

CPF: 696.929.552-49

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 20/06/2020

Titular do CPF: ROBERTO JANUARIO DE SOUSA

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROBERTO JANUARIO DE SOUSA

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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

