

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	Apenasamentos (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"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9 500 por pág.  1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 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
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.					
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)					
<input type="checkbox"/> 8	22/01/2021 00:00:54	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado	SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 7	11/01/2021 13:01:44	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária		
<input type="checkbox"/> 6	11/01/2021 12:53:49	RECEBIDOS OS AUTOS	JARIBA LIMA Advogado	SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 5	08/01/2021 10:35:25	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	JARIBA LIMA Advogado	SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 4	08/01/2021 10:35:25	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	JARIBA LIMA Advogado	SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 3	08/01/2021 10:35:25	Registro de Distribuição	JARIBA LIMA Advogado	SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 2	08/01/2021 10:35:25	4ª Vara Cível	JARIBA LIMA Advogado	SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 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, retorno 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,





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:

696.929.552-49 Roberto Januário de Souza

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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 Januário de Souza

6 - CEP: 696.929.552-49
Nº: 1013
Número: 10 - Complemento:

7 - Profissão:

B - Endereço:
Autônomo, Rua Rio Amazonas

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Bela Vista

Bela Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.216-124

15 - E-mail:

(95)99117-5392

16 - Tel. (DDD):

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) (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 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 (vánozor)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

país/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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
para autenticação

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Rua Vista - 27 de Out. 2020

Roberto Januário de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

For 201 1000 2010

TESTEMUNHAS



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVS6 NRE57 3K4ZC PT6AD



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA 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 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 POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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

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:

3 - CPF da vítima:

696.929.552-49 Roberto Januário de Souza

4 - Nome completo da vítima:

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 Januário de Souza

6 - CEP: 696.929.552-49
7 - Número: 1013
8 - Complemento:

9 - Profissão:

B - Endereço:

10 - Bairro:

Rua Rio Amazonas

11 - Cidade:

Bela Vista

12 - Cidade:

Bela Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69216-124

15 - E-mail:

(95)99117-5392

16 - Tel. (DDD):

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

CONTA: 5568

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(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 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

nascer (várias)?

Sim

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

país/avós vivos?

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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
para autenticação

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Rua Vista - 27 de Out. 2020*

Roberto Januário de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



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: 00000005568-9

Nr. da Autenticação 26857B8B047EE878





UNACER

CNPJ: 95.873.457/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 29.675-426-3
RUA RÉGIM JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 63306-410

Matrícula: 907693 Junho/2020
0800 280 9520
www.cau.com.br

Dados do Cliente:

CARMELIA TABOSA

Inscrição	Rota		
001.025.224.0570.000	5820 RESIDENCIAL		
Hidrômetro	Data de Instalação		
NÃO MEDIDO	Situação Água		
	Situação Esgoto		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

DATA	QTD(m³)	TIPO	DETALHES	C.DR	C.TOTM3	E. IDOLI
20/05	10-0					
20/06	10-0					
20/07	10-0					
20/08	10-0					
20/09	10-0					
20/10	10-0					
20/11	10-0					
MÉDIA	10					

DESCRICAO

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006.
Validação deste em https://projudi.tjus.br/projudi/- Identificador: PJVS6 NRE573K4ZC PT7AD

Lote: Anexo 6



ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av Capitão Ene Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pelo SEFAZ 348/13

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.

SET/20	EST/20	NOTA FISCAL	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

DADOS 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	TDT1719862	NORMAL	CONVENC

xWh	INJETADO	xWh	INJETADO	xWh	INJETADO	xWh	INJETADO
TOT/PTA	PTOTA	F.PONTA	F.PONTA	INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO	RESERVADO
Leit. Atual	5821						
Leit. Anterior	4781						
Constante	1.000						
Residuo							
Medido	1040						
Faturado:	1040						

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

RESUMO DE FETEIRAS

Mês/Ano	Valor
07/2020	1.198,43

Média 12 meses: 752

UNIDADE CONSUMIDORA SUJEITA A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/10/2020. O seu pagamento pode ser anulado. Fazendo a inclusão no nome do consumidor na SEDEN. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor
07/2020 1.198,43

LIGUE 08007019120 E PRAIA OPONTE VENDEIMA 1 6 11 16 21 26

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO F1EB.4EA9.C4CB.871A.DB0E.663C.08C9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE			
		DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Energia:	429,89	Limites	9,24	18,49	36,99
Transmissão:	188,25	Realizado	0,36		
Encargos:	0,00				
Perdas:	24,35				
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$					



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 Denilze Lorría Fantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152,00

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Roberto Januário de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 696.929.552,49

do sinistro de DPVAT cobertura Morte

da Vítima Roberto Januário de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 696.929.552,49

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Recuso informar

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

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 Ataíde - 1116

Número:

1013

Complemento:

Casa

Estado:

RR

CEP:

69.309-000

Tel.(DDD):

(65) 99117-0392

Bairro:

Jardim São José

Cidade:

Boa Vista

E-mail:

Liderboavista.pendencia@bolmail.com

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

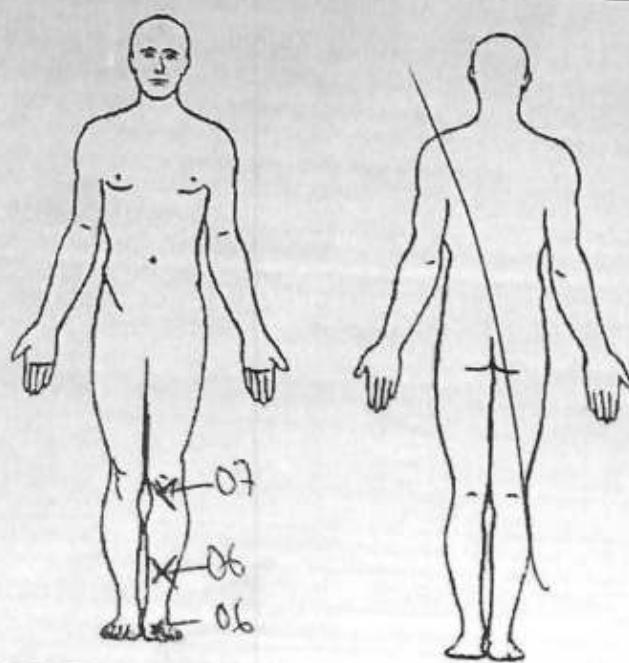
Denilze Lorría Fantas

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: 01/01 OCORRÊNCIA: F-07 DATA: 19/06/2020									
OBM DE ATUAÇÃO <input type="checkbox"/> 1º BPABM <input type="checkbox"/> 1º PEL <input type="checkbox"/> 2º PEL <input type="checkbox"/> 2º BPABM <input type="checkbox"/> 1º CIA <input type="checkbox"/> 2º CIA <input type="checkbox"/> 3º CIA		ÁREA DE ATUAÇÃO <input type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Rural	VTR VR-02-18 KMI 46.286 KMF 46.302								
H/S AÍDA	H/NO LOCAL	SAIDA DO LOCAL	NO DESTINO								
21:42	21:52	22:28	22:39								
1. DADOS DA OCORRÊNCIA CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA: ENDERECO: RUA AMÉDEA 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 JANUARIO DE SOUSA RG/CPF: 696929552-49 D.N. : 29/10/1976 IDADE: 41 SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino PNS: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ENDERECO: RUA RIO AMAZONAS Nº 1013 BAIRRO: BOA VISTA CIDADE: BOA VISTA NACIONALIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro: _____ TEL.: 99135-77											
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 Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Outro: _____									
Deseja informar identidade de gênero? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Homem transexual <input type="checkbox"/> Mulher transexual <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Outro: _____											
3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO <input checked="" 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 N°: _____	SSP/								
Testemunha: _____		RG N°: _____	SSP/								
Testemunha: _____		RG N°: _____	SSP/								
4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Abertura ocular</th> <th>Resposta verbal</th> <th>Resposta motora</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma </td> <td> <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 </td> <td> <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 </td> <td style="text-align: center;">15 Pontos</td> </tr> </tbody> </table>				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
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) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Abertura ocular</th> <th>Resposta verbal</th> <th>Resposta motora</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input checked="" type="checkbox"/> 1. Nenhuma </td> <td> <input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha. <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 </td> <td> <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 </td> <td style="text-align: center;">Pontos</td> </tr> </tbody> </table>				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 acompanha. <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	Pontos
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 acompanha. <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	Pontos								
6. SINAIS VITAIS PA: _____ FR: _____ FC: 89/lpm SpO2: 98% Tensão Arterial: _____											
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											
											

8. CONSEQUENCIAS 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 CABEÇA REALIZADA ANÁLISE PRIMÁRIA, APRESENTAVA-SE L.O.T.E., NEGOU EPISÓDIOS DE DESMAIOS, VOMITOS, QUEIXAS DE DORES NA REGIÃO DA ESCAPULA E CLAVÍCULA (DIREITO), APRESENTA DEFORMIDADE, EDEMA E IMPERFÍCIA FUNCIONAL. FRATURA NO LOCAL E OS MESMOS SINAIS NO PÓS FANTIBRACO DO M.S. E POSSÍVEL FRATURA NO LOCAL. ESCORIAÇÕES NO TÉRÇO MEDIAL PERNA ESQUERDA E DORSO DO PÉ E UM OBJETO PEQUENO (APARENTE VIDRO) PERFURADO AO SOE DO MESMO MEMBRO. EQUIPE REALIZOU PROCEDIMENTOS PARA ESTABILIZAÇÃO DE COLUNA (CERVICAL), ACS DE RETIRADA DE CADUCATE E COLOCAÇÃO DE COLAR, IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS FRATURADOS, PROCEDIMENTOS PARA PRANCHAMENTO E ESTABILIZAÇÃO EM MARA. 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

- P.S Francisco Elesbão Hosp. da Criança Santo Antonio Hosp. das Clínicas
 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

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

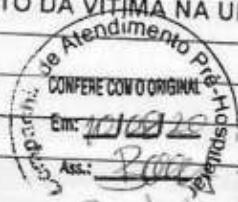
SD CESAR FILHO

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



NOME:

RECEITUÁRIO

Caco Madu

O reab, Adelto Inácio de Souza,
vítima de acidente de moto (29/06/2020) em
casa dentro da rede (Fazenda II MCMV)
Adelto Inácio de Souza e travei
destro no coto (linda entubação cirurgia!
peito traseiro comum cir. joia.
Ops (ondadeira e perióstio traçado
diferente de mim de acident. (28/08/2020)
muito problema com o S medico e o fisio mas
foi ele que ap. acident coto (DCT 6/04/2020)
III. Sopro de laringe cirurgia coto () - Sopro Folia
Adelto respondendo do seu interior ci deficit

II MCMV ()

DATA:

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

ASSINATURA E CARIMBO

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma-Acupuntura
CRM/RN 588

10/09/2020

090: 562
543.1

20/06/2020

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

HG
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.: _____

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

2001250953 20/06/2020 00:11:48

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 2

Paciente ROBERTO JANUARIO DE SOUSA Data Nascimento 29/10/1978 Idade 41 A 7 M 22 D CNS 705000435535450 CPF 07 Prontuário 69692955249
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 3800525 SESP/RR 11/09/1997 M SOLTEIRO(A) PARDA ALTAMIRA - PA BRASILEIRA
Mãe FRANCISCA JANUARIA DE SOUSA Pai FRANCISCO LEITE DE SOUSA Contato (95) 99162-8278
Endereço RUA - RIO AMAZONAS - 1013 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR Ocupação ENTREGADOR

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA Registrado por:
Setor GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada RESGATE Procedimento Sol. SILAS.SILVA
Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h) **GSC** TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 **K**

Vidente vítima de acidente de moto. Elas dava am m (De pressão)

Exame Físico

haja

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIOS-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

*Atividade física
Diposse de fadiga
Rinofaringite com ev.
cineflextasia com ev.
hemorragia*

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

Conduta

Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revelia Internação
 Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não

Destino: Família Clínica CRM-R 2028 IML Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

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

Carimbo e Assinatura do Médico

2001250953
2001250953
2001250953
2001250953



MCR. 20/06/2020

Plavente em Glasgow 15. PIFR.
Sem depósitos motor.
RC de humor. Sem lesões neurológicas
(f.) Sem conduta neurológica no
momento.

2) Reorientação como necessário.

20/06/20 ortopedi.

Facultativo com fix 5º MTC

WAN (B)
C.S.: Imobilizada
retorno ambulatorio

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

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





Matrícula 907693 Junho/2020
0800 280 9520
www.caev.com.br

Dados do Cliente:

CARMELIA TABOSA

Inscrição	Rota
001.025.224.0570.000	5820 RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação
NÃO MEDIDO	Situação Água
	Situação Esgoto
LEITURA FAT.	LIGADO
LEITURA INF.	LIGADO
DT. LEITURA	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
----------	-------	--------------	-------------

LEITURA FAT.	10	0
--------------	----	---

LEITURA INF.		
--------------	--	--

DT. LEITURA		
-------------	--	--

ULTIMOS CONSUMOS	Quantidade de Reais Dívida/Natura da Conta/valor
------------------	--

202005	10-0	Informações das Atividades Realizadas na Rede de Distribuição SECRETO FEDERAL N.º 5440 - 2005-G-M
202004	10-0	
202003	10-0	
202002	10-0	
202001	10-0	
201912	10-0	
MÉDIA	10	

DESCRICAÇÃO	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
--------------------------------	--	------

VENDIMENTO 15/07/2020 TOTAL A PAGAR 48,51

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006.
Validação deste em https://projudi.tjus.br/projudi/- Identificador: PJVS6 NRE573K4ZC PT7AD

Lote de impressão



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



PROCURACÃO

OUTORGANTE:

NOME: Roberto Januário de Souza
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Autônomo
ENDEREÇO: Rua Rio Amazonas 1013 Jardim Belo Vito.
ESTADO CIVIL: União estável
CPF: 696.929.532-49
VÍTIMA: Roberto Januário de Souza
CPF: 696.929.532-49
DATA DO ACIDENTE: 20 106 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 Faria de Souza
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/06/2020

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

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

