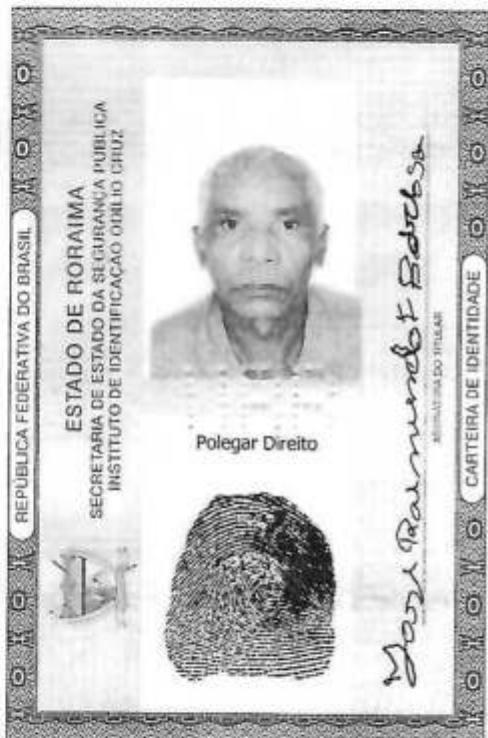


VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
195002	DATA DE EXPEDIÇÃO 15/10/2020
<b>JOSÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA</b> (FOTO)	
NILZA FERREIRA BARBOSA AMÉLIA PAULINHA CORONATÁ - MA TÍPICO OFICIAL CERTID. CAS. AVERB. DIVÓRCIO 1191 FLS 88-V LIV B-17 ITAITUBA - PA CIP	
204.844.612-49 2a VIA AMADEU ROCHA TRIANI <small>Procurador do Fisco Gabinete do Procurador Geral</small> LEI N° 7.116 DE 29/06/63	



H G

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

1<sup>ª</sup> Classificação

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.:

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.:

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.:

V12  
C4X

2001270868	25/09/2020 18:29:28	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	27
Paciente	JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA			Data Nascimento	Idade	CNS
				10/03/1961	59 A 6 M 15 D	CPF
TIPO DOC	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	195002	SSP/RR		M	SOLTEIRO(A)	PARD
Mãe	NILZA FERREIRA BARBOSA			Pai	Naturalidade	
Endereço	- RUA S-22 - 924 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR				Nacionalidade	
					BRASIL	
					Contato	(95) 99136-2514
					Ocupação	NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Plano Convênio		Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento					Pressão
Setor	URGÊNCIA					
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:	
Queixa Principal	DEMANDA ESPONTANEA				MARILENE.SILVA	
"Queda de moto"			<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			

## Anamnese de Enfermagem

Nega alergias!

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

15

## Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 18 : 30 h)

Paciente relata queda de moto (nega colisão com outro veículo). Refere trauma no ombro direito, com dor intensa no momento. Relata batida a cabeça, mas nenhuma cerniz. Nega perda de consciência, náuseas/vomitos ou amnésia.

## Exame Físico

DCE, LOTE, desembulando, dor intensa na mobilização de MSD. Sem outras lesões ósseas.

## Hipótese Diagnóstica

## SADT - Exames Complementares

 RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG

OUTROS:

## PRESCRIÇÃO

① Dipirona 1g  ev espas 19:30  
 ② Tumilaxim 40 mg

## APRAZAMENTO

## OBSERVAÇÃO

Dr. Armando J. H. Pérez  
 CRM 18281 R/RCF 175  
 BIR/USP/RR/RCF  
 BIR/USP/RR/RCF

## Conduta

 Alta por Decisão Médica Ambulatório Alta a Pedido Observação (Até 24h) Alta a Revelia Internação Transferência para: Ortopédia

Data e Hora da Saída/Alta: / / / /

Óbito  
 Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomia Patológica / / /

## Assinatura do Paciente ou Responsável

## Carimbo e Assinatura do Médico

CONFERE COM ORIGINAL  
 25/11/2020



25/09/20

Ortopedia

Paciente nascido queda de coto  
com fx de clavícula D  
cl. "8" gessado

Analgesia  
retorno ambulatório

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



José Fernando Ferreira Barreiro visto dia  
25.09.20 - às 16:30 Paciente com sintomas  
na unidade de saúde, constante e variável  
jándas. Apresenta fratura na clavícula D, e os  
coração no embro D. O mesmo relatou que se  
houve acidente em sua motocicleta por volta das  
14:30 da tarde. Paciente foi regulado pela central  
do SAMU - Médica da Plantão Cardiáci, no qual  
foram orientados a imobilizar o membro superior  
direito do paciente e remeter o mesmo direto pa-  
ra o Trauma do Hospital Geral da Cidade, foi  
recebido pelo Dr. Antônio J. H. P. R. às 18:10. —

Ismael Carlos da Costa Piza  
Enfermeiro 077-086  
CORONAR 000-197-086







Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe esse NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0102074-9

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Eno Górcio, 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 autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 6277987 FCAM\*  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2020	11/11/2020	1111	875,99

MARLON DANTAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA  
CNPJ: 034032744000100  
AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 2 - LIBERDADE  
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	26/10/2020	Anterior:	24/09/2020
Emissão:	23/10/2020	Apresentação:	26/10/2020

#### DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçao	Número	Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	TDT1719802	NORMAL	CONVENC	

#### DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh FPONTA	INJETADO FPONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	6932							
Leit. Anterior	5821							
Constante	1.000							
Resíduo		1111						
Medido		1111						
Faturado:		1111						

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO ILUMINACAO PÚBLICA	1111 A R\$ 0,758847 =	843,07
		32,92

#### OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 1111 - 0,517770

#### HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO

1111

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Denilze Corrêa Pintos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.651.152 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Raimundo f. Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 204.844.612 / 49,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Jose Raimundo f. Barbosa,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 204.844.612 / 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 Lider-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>Avenida General Alaini Lacerda</u>	Número:	<u>2748</u>	Complemento:	<u>02</u>
Bairro:	<u>Liberdade</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>
E-mail:	<u>liderboavista.pendencia@hotmail.com</u>	CEP:	<u>69.309.000</u>	Tel.(DDD):	<u>195199117-5392</u>

Local e Data: Boa Vista - RR 14 de Dezembro 2020

Denilze Corrêa Pintos

Assinatura do Declarante



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

## VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 6558656

NEIRES CARDOSO DE CARVALHO

R. PROJETO JATOBÁ, ,

RURAL

69309000 VILA FELIX PINTO

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1478125	12/2020	10-NOV-20 a 10-DEC-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
167	26-DEC-20	R\$ 80,01

## OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1478125	12/2020	R\$ 80,01

836700000000.800100750002.000000001479.812512200054



# 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:

209.844.612-49

4 - Nome completo da vítima:

José Raimundo Ferreira Barbosa

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

5 - Nome completo:

José Raimundo Ferreira Barbosa

6 - CPF:

209.844.612-49

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Quaré Projeto Satoba

9 - Número:

31N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Fazenda

12 - Cidade:

Itaú, Félix Pinto

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

09.309-000

15 - E-mail:

judi@caravista.com.br; pendencia@lefmail.com

16 - Tel (DDD):

(19) 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:

323 Mercado Pago

AGÊNCIA:

AGÊNCIA:

CONTAS:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTAS:

7336528816 4

(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):

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 (váinascos)?

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  
digital  
digital  
digital  
digital

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 14 de Dezembro 2020

José Raimundo Ferreira Barbosa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

000 000 0000

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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:

209.844.612-49

4 - Nome completo da vítima:

José Raimundo Ferreira Barbosa

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

5 - Nome completo:

José Raimundo Ferreira Barbosa

6 - CPF:

209.844.612-49

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Quaré Projeto Satoba

9 - Número:

31N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Fazenda

12 - Cidade:

Itaú, Félix Pinto

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

09.309-000

15 - E-mail:

judi@caravista.com.br; pendencia@lefmail.com

16 - Tel (DDD):

(19) 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:

001

CONTA:

7336528816

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

323

Mundo Pago

AGÊNCIA:

001

CONTA:

7336528816

4

(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

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

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  
digital  
digital  
digital  
digital

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Paracatu - PR 14 de Dezembro 2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *José Raimundo Ferreira Barbosa*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

000 000 0000

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DO INTERIOR-DPJI  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CANTÁ - RR  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BO:515/2020

REGISTRADO EM:05/10/2020

HORA:09:17hs

DADOS DO COMUNICANTE

COMUNICANTE: JOSÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA  
ENDEREÇO: PROJETO JATOBÁ, CONF. III, VIC. 10, SITIO MONTE SINAI

RG: 195.002 SSP/RR  
CPF: 204.844.612-49

DADOS DA VÍTIMA

VÍTIMA: JOSÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA  
OPÇÃO SEXUAL: HETERO NOME SOCIAL:  
ENDEREÇO: PROJETO JATOBÁ, CONF. III, VIC. 10, SITIO MONTE SINAI  
GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNDAMENTAL INCOMPLETO  
NATURALIDADE: COROATÁ - MA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO  
CUTIS: PARDO ETNIA:  
PAI:  
MÃE: NILZA FERREIRA BARBOSA

IDADE: 59  
RG: 195.002 SSP/RR  
CPF: 204.844.612-49  
D. DE NASC: 10.03.1961  
TELEFONE: 991464432

INFRATOR/SUSPEITO:

NACIONALIDADE:

ENDEREÇO:

VÍNCULO DO INFRATOR COM A VÍTIMA:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Senhor delegado, o (a) comunicante acima qualificado (a) compareceu nesta delegacia para informar que: Por volta das 14h30min do dia 25.09.2020, trafegava pela vicinal 09 em sua motocicleta (HONDA/FAN/CG150, cor vermelha, ano 2012, placa NUK7507), quando bateu em uma pedra fazendo com que caisse ao chão, causando-lhe a quebra da clavícula; Que foi socorrido por um veículo da justiça (não sabe dados do veículo) até a vila Felix Pinto quando foi levado de lá de ambulância ate o pronto socorro em Boa vista; Que desde então esta sentindo um forte dor nas costelas e gosto de sangue na boca. Informa que no pronto socorro não foi batido RX da costela, somente da sua clavícula. Era o que tinha a comunicar.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: A TIPIFICAR.

ERISON BATISTA  
Agente de Policia Civil

JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA  
Comunicante

DESPACHO

Neste ato fica intimado o comunicante a comparecer DIA / /20 AS : HS  
nesta delegacia.

DESPACHO

\_\_\_\_\_  
Delegado



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DO INTERIOR-DPJI  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CANTÁ - RR  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BO:579/2020

REGISTRADO EM: 04/11/2020

HORA:08:04hs

DADOS DO COMUNICANTE

COMUNICANTE: JOSÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA  
ENDEREÇO: PROJETO JATOBÁ, CONF. III, VIC. 10, SITIO MONTE SINAI

RG: 195.002 SSP/RR  
CPF: 204.844.612-49

VÍTIMA: JOSÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA  
OPÇÃO SEXUAL: HETERO NOME SOCIAL:  
ENDEREÇO: PROJETO JATOBÁ, CONF. III, VIC. 10, SITIO MONTE SINAI  
GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNDAMENTAL INCOMPLETO  
NATURALIDADE: COROATÁ - MA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO  
CUTIS: PARDO ETNIA:  
PAI:  
MÃE: NILZA FERREIRA BARBOSA

IDADE: 59  
RG: 195.002 SSP/RR  
CPF: 204.844.612-49  
D. DE NASC: 10.03.1961  
TELEFONE: 991464432

INFRATOR/SUSPEITO:  
NACIONALIDADE:  
ENDEREÇO:  
VÍNCULO DO INFRATOR COM A VÍTIMA:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Senhor delegado, o (a) comunicante acima qualificado (a) compareceu nesta delegacia para informar que: Que vem complementar boletim de ocorrência nº 515/2020, registrado nesta delegacia no dia 05.10.2020. Que a motocicleta envolvida no acidente pertence ao comunicante, porém ainda consta no nome do seu genro, Sr. FRANCISCO GAMA DOS SANTOS, CPF nº 446.274.592-20, chassi nº 9C2KC1680CR306883, placa NUK7507. Era o que tinha a comunicar.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: COMPLEMENTAÇÃO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA

ERISON BATISTA  
Agente de Polícia Civil

JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA  
Comunicante

DESPACHO

Neste ato fica intimado o comunicante a comparecer DIA / /20 AS : HS  
nesta delegacia.

DESPACHO

Delegado

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Janeiro de 2021

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200467061**      **Vítima: JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA**

**Data do Acidente: 25/09/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =      R\$ 843,75

**Recebedor: JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 323**

**Agência: 000000001**

**Conta: 007336528816-4**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 08/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

BANCO: 323

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 007336528816-4

---

Nr. da Autenticação 8F689009CC4B8E01

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373881/20

**Vítima:** JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

**CPF:** 204.844.612-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/09/2020

**Titular do CPF:** JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA 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

### JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA : 204.844.612-49

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](http://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: 22/12/2020  
Nome: JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA  
CPF: 204.844.612-49

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/12/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

MANOEL COELHO NETO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200467061      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RAIMUNDO FERREIRA      **Data do acidente:** 25/09/2020      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A  
BARBOSA

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

**Data da análise:** 29/12/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: JOSE RAIMUNDO FERREIRA barbosa  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: casado  
PROFISSÃO: SENADOR CPF: 201 844 612 49  
ENDEREÇO: R. JOSE ALBERT SAMPAIO 1756  
VÍTIMA: JOSE RAIMUNDO FERREIRA barbosa  
CPF: 201 844 612 49 DATA DO ACIDENTE: 05/10/2010  
NATURA:  DAMS  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 28 de outubro 2020

X Jose Raimundo F. Barbosa  
Assinatura

Obs. – Reconhecimento por autenticidade.



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200467061      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RAIMUNDO FERREIRA      **Data do acidente:** 25/09/2020      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A  
BARBOSA

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

**Data da análise:** 29/12/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200467061      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RAIMUNDO FERREIRA      **Data do acidente:** 25/09/2020      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A  
BARBOSA

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

**Data da análise:** 29/12/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>