

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OIBLIO CRUZ



Polegar Direito



*José Raimundo F. Barbosa*

SECRETARIA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

195002

DATA DE EXPIRAÇÃO 15/10/2020

JOSÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

NILZA FERREIRA BARBOSA  
ANTERIORES

COROATÁ - MA

CERTD CAS AVERB DIVORCIO 1191 FLS 88-V LIV B-17  
ITAITUBA - PA

204.844.612-49

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO 10/03/1961

PIS/PASEP: AMADRU ROCHA TRIANI  
Presidente do IBC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7



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

1ª Classificação

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

2001270868

25/09/2020 18:29:28

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 27

Paciente

JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor/Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE 195002

SSP/RR

M

SOLTEIRO(A)PARDAS

COROATA - MA

BRASIL

Mãe

NILZA FERREIRA BARBOSA

Pai

Contato

(95) 99136-2514

Endereço

- RUA S-22 - 924 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

Ocupação

NÃO INFORMAL

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº 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

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

MARILENE.SILVA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

"Queixa de moto"

Anamnese de Enfermagem

Nega drogas!

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 em ombro direito, com dor intensa no momento. Relata batido a cabeça, mas não se lembra.

Exame Físico

DEG, LOTE, desmbrulando, dor intensa à mobilização de MSD. Sem outros lesões visíveis.

Nega perda de consciência, náuseas/vômitos ou amnésia.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAO-X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG ☐ OUTROS:

## PRESCRIÇÃO

① Dipiridama 1g

② Paracetamol 40 mg

EV oxigeno 18:30

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Dr. Fernando J. H. Pereira  
CRM: 155574 - RQE: 178  
Especialista em Traumatologia

Conduta

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

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: marilene.silva

Data Hora: 25/09/2020 18:31:34

CONFERE COM ORIGINAL

25/11/2020



2001270868

25/09/20 Ortopedia

paciente relatou queda de moto  
com fr de clavícula  
cd: "8" gessado

Analgesia

retorno ambulatório

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



José Ramundo Azeiteira Barbosa neste dia  
25.03.20 - às 16:50 Paciente deu entrada  
na unidade de Saúde, comente a deambula-  
ção. Apresenta fratura na clavícula D, a es-  
teioção no ombro D. O mesmo relatou que se  
foi acidente em sua motocicleta por volta das  
14:30 da tarde. Paciente foi regulado pela Central  
do SAMU - Médica de Plantão mediante, no qual  
sempre orientado a imobilizar o membro superior  
direito do paciente e transferir o mesmo direito pa-  
ra o Tórax do Hospital Civil de sua vista, foi  
recebido pelo Dr. Arnaldo J. H. Pires às 18:30. —

Ismael Carlos da Costa Piza  
Enfermeiro  
COREN-PR: 000.497.086



THE UNIVERSITY OF MICHIGAN  
LIBRARY

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME DENILZE CORREA DANTAS	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 3142655 SSP RR
	CPF 792.657.152-00
	DATA NASCIMENTO 08/03/1979
	FIÇÃO JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LOBATO DA SILVA	
PERMISSÃO	ACC
CAT. HABIL.	
B	
IP REGISTRO 04953412311	VALIDADE 11/09/2024
1ª HABILITAÇÃO 31/05/2010	
OBSERVAÇÕES	
 ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL BOA VISTA, RR	DATA DE EMISSÃO 11/09/2019
IDG COMES BRASIL DIRETOR PRESIDENTE DETTRAN/RR	
ASSINATURA DO EMISSOR	
RORAIMA	
DENATRAN	



Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0102074-9

RORAIMA ENERGIA S.A.

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

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

Nº DA NOTA FISCAL 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	Próxima leitura: 24/11/2020	
Emissão: 23/10/2020	Apresentação: 26/10/2020	Dias de consumo: 32	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	TD1719802	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO
Leit. Atual	6932						
Leit. Anterior	5821						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	1111						
Faturado:	1111						

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	1111 A R\$ 0,758847 =	843,07
ILUMINACAO PUBLICA		32,92

OUTRAS  
INFORMACOES  
TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 1111 - 0,617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

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/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 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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Denilze Correa Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152, 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 Invalidez

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 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: Avenida General Ataíde Teive

Número: 2748

Complemento: 02

Bairro: Liberdade

Cidade: Boa Vista

Estado: RR

CEP: 69.309-000

E-mail: liderboaavista.pendencia@hotmail.com

Tel. (DDD): (95) 99117-5392

Local e Data:

Boa Vista - RR 14 de Dezembro de 2020

Denilze Correa Dantas

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 JATOBA, ,

RURAL

69309000 VILA FELIX PINTO

RR

CÓDIGO ÚNICO 1478125	MÊS 12/2020	PERÍODO DE CONSUMO 10-NOV-20 a 10-DEC-20
CONSUMO (kWh) 167	VENCIMENTO 26-DEC-20	TOTAL A PAGAR 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 1478125	MÊS 12/2020	TOTAL A PAGAR 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: 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 (vivas)? ☐ 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 - Impugnação: 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 (vivas)? ☐ 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 - Impugnação: 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 JATOBA, CONF. III, VIC. 10, SÍTIO 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 JATOBA, CONF. III, VIC. 10, SÍTIO 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 caísse 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 até 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 Polícia 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 JATOBA, 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 JATOBA, 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

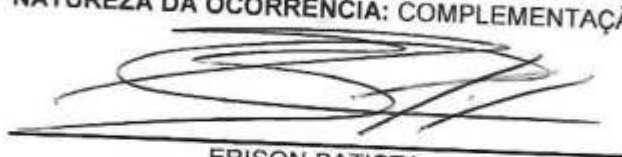
IDADE: 59  
RG: 195.002 SSP/RR  
CPF: 204.844.612-49  
D. DE NASC: 10.03.1961  
TELEFONE: 991464432

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 OCORRENCIA

  
ERISSON BATISTA  
Agente de Polícia Civil

  
JOSÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA  
Comunicante

**DESPACHO**

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

**DESPACHO**

Delegado

**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, 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](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

JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MANOEL COELHO NETO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 29/12/2020

**Valoração 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: JOSÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ CPF: 204 844 612 49  
ENDEREÇO: R. JOSÉ ALBERTO SANTOS 1756 SENADOR VIEIRA  
VÍTIMA: JOSÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA  
CPF: 204 844 612 49 DATA DO ACIDENTE: 05 / 10 / 2020  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ (X) 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 José Raimundo F. Barbosa  
Assinatura

Obs. – Reconhecimento por autenticidade.

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 3º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Ataide Teive, 4307 - Boa Vista - RR - CEP: 55010-000  
Fone: (68) 3627-1100  
E-mail: daniel.aquino@cartorio3boavista.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
de JOSÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

Em testemunho da verdade, SRA  
Da que deu fé. Boa Vista-RR, 28 de outubro de 2020.  
Consulte o(s) auto(s) digital(ais) em: daniel.aquino@cartorio3boavista.com.br  
REC.FIR.1502967ENJVB20A3Z.8445

**Yhara Carvalho**  
Barbosa dos Santos  
Escritor Autorizada

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos: R\$ 0,65 SEL: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 29/12/2020

**Valoração 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 29/12/2020

**Valoração 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75