

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:
2980137820210215154734

Processo 0801902-74.2021.8.23.0010  - (18 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 4847 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (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"/>																	
12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12																	
500 por pág.  1																	
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por														
 12	15/02/2021 15:47:34	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">12.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 40%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 40%; text-align: right;"> 2783563CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 10%; text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>12.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> 2783563CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> </table>						12.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2783563CONTESTACAO01.pdf	Público	12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2783563CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público	12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
12.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2783563CONTESTACAO01.pdf	Público														
12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2783563CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público														
12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público														
LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA 11 15/02/2021 09:21:22 Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 18/02/2021 referente ao evento de expedição seq. 10.																	
 10	12/02/2021 15:20:05	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária														
 9	09/02/2021 15:33:25	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (29/01/2021)	VALDENOR ALVES GOMES Advogado														
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA 8 04/02/2021 11:09:46 (Pelo advogado/curador/defensor de MAIK GOMES DA SILVA) em 04/02/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (29/01/2021) e ao evento de expedição seq. 7.																	
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 7 29/01/2021 10:45:41 Para advogados/curador/defensor de MAIK GOMES DA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (29/01/2021)																	
 6	29/01/2021 09:11:41	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado														
5	27/01/2021 17:10:40	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ														
4	27/01/2021 17:10:40	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ														
3	27/01/2021 17:10:40	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ														
2	27/01/2021 17:10:40	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ														
 1	27/01/2021 17:10:39	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	VALDENOR ALVES GOMES 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, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200351689

Vítima: MAIK GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 03/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MAIK GOMES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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:

037.260.012-39

4 - Nome completo da vítima:

MAIK GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo:

MAIK GOMES DA SILVA

7 - Profissão:

AJUDANTE DE PEDREIRO

8 - Endereço:

11 - Bairro:

SÃO BENTO

12 - Cidade:

Boa Vista

15 - E-mail:

arnoldo.costa1066@hotmail.com.br

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. Aspaleia uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3190

013

CONTA: 00050-203

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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

nascer

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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)

40 - Local e Data, *Boa Vista/PE 15 de setembro de 2020*

- Maik Gomes da Silva

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS



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: 10591/2020 - Registrado em: 08/09/2020 às 16h 15min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 03/08/2020 às 06h 30min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: LAURA CORREA MOREIRA

UF: RR

Bairro: SÃO BENTO

Nº: 634

CEP: 69315-656

Referência: PROXIMO BAR

Tipo de local: VIA URBANA

Complemento: CASA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

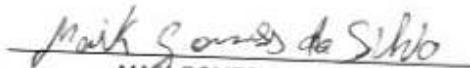
MAIK GOMES DA SILVA(23), nascido(a) em 07/04/1997, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AJUDANTE DE PEDREIRO, CPF Nº 037.260.012-39, País: BRASIL, natural de SANTAREM-PA, filho(a) de MARIA LEILA FERREIRA DA SILVA e MANOEL GOMES DA SILVA, endereço: LAURA CORREA MOREIRA, cep: 69315-656, Nº: 634, bairro: SÃO BENTO, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO BAR, Telefone: (95) 99120-0491.

RELATO DA OCORRÊNCIA

MAIK GOMES DA SILVA, TRAFEGAVA COM SUA MOTO DE PLACA JWF 1732, RENAVAN 008214900, NA RUA RIO QUINO QUANDO UM CARRO DE MARCA FIAT UNO, VINHA NA RUA TV SANTA FE, MESMO VEIO COLIDIR COM MOTO MESMO FUGIU DO LOCAL SE PRESTA SOCORRO A VITIMA ESSE E RELATO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

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

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


MAIK GOMES DA SILVA
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:

037.260.012-39

4 - Nome completo da vítima:

MAIK GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo:

MAIK GOMES DA SILVA

7 - Profissão:

AJUDANTE DE PEDREIRO

8 - Endereço:

11 - Bairro:

SÃO BENTO

12 - Cidade:

Boa Vista

15 - E-mail:

arnoldo.costa1066@hotmail.com.br

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. Aspaleia uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3190

013

CONTA: 00050-203

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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

Sim

Não

nasceru (vai nascer)?

Sim

Não

nasceru (vai nascer)?

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

país/avós vivos?

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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)

40 - Local e Data, 15 de setembro de 2020

- Maik Gomes da Silva

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

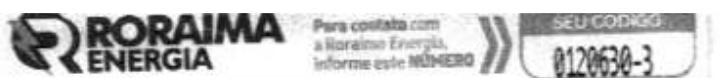
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 26.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Permito Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL: 58348043 - FCAM*
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	06/09/2020	236	216,02

ORLANDO JUNIO SILVA DE LIMA
CPF: 00886635280278
R. LAURA CORREIA MOREIRA 634 Q 585 LT 445 - SAO BENTO
CEP: 69.315-656 - BOA VISTA

ATUAL:	19/08/2020	ANTERIOR:	21/07/2020	PRÓXIMA LEITURA:	18/09/2020
EMISSÃO:	18/08/2020	APRESENTAÇÃO:	19/08/2020	DIAS DE CONSUMO:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Lipacão	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	TDB1730921	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	MMB	INJETADO	MMB	INJETADO	MMB	INJETADO	MMB
Leit. Atual	TOT/PTA	TOT/PTA	FONTE	INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO	RESERVADO
Leit. Atual	3787						
Leit. Anterior	3471						
Constante	1.000						
Resíduo		1.000					
Média	236						
Faturado:	236						

DETALHAMENTO DA CONTA	
CONSUMO	236 A R\$ 0,786015 = 185,49
CORRECAO MONETARIA 1G 06/20-00	0,24
MULTA POR ATRASO DE I 06/20-00	0,74
JUROS DE HORA POR ATR 06/20-00	0,17
MULTA POR ATRASO 06/20-00	3,61
JUROS DE HORA DE IMPO 06/20-00	0,96
ILUMINACAO PÚBLICA	24,92

OUTRAS INFORMAÇÕES	
DETALE DA TABELA DE CONSUMO	9 A 236 - 6.517792
Média 12 meses:	261

MENSAGENS IMPORTANTES	
	Este consumidor não paga suas contas de fornecimento de energia elétrica a partir de 03/09/2020. O não pagamento pode ensejar a inclusão do nome do consumidor na lista de débitos. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
Mes/Ano	Valor R\$
05/2020	207,26

LIGUE 08007019126 E FONTE (PÓS VENCIMENTO): 1 6 11 16 21 25

RESERVADO AO FISCO CE75.357A.A46B.3745.1DCC.4B01.E17D.9556	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	INDICADORES DE CONTINUIDADE
Energia:	97,55
Distância:	42,73
Transmissão:	0,00
Encargos:	5,52
Perdas:	
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Base de Cálculo:	185,49
ALIQUOTA	VALOR
ICMS:	17,00%
PIS:	0,65%
	1,21
DIC	Mensal Trimestral Anual
Limite	8,85 17,70 35,40
Realizado	0,00
FIC	Mensal Trimestral Anual
Limite	5,46 16,92 33,84
Realizado	1,00
DMIC	Mensal DIC
Limite	4,62 Limite
Realizado	0,00 Realizado
Consulta:	Mês Apuração: EUSD

7-1000722
CNPJ: 02.341.479/0001-94
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série o-
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ/SEAG/SEFAZ
CAL 5882722 FCAM#
de Energia Elétrica - TSEE
Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS AGOSTO/2020	VENCIMENTO 11/09/2020	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)		
ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES CPF: 00057864261200 R. MARIA RODRIGUES SANTOS 996 - ASA BRANCA CEP: 69.312-285 - BOA VISTA		485	435,07		
ATUAL: 25/08/2020 Emissão: 24/08/2020					
Anterior: 27/07/2020 Próxima leitura: 24/09/2020 Apresentação: 25/08/2020 Dias de consumo: 29					
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	12LDT00308	NORMAL	CONVENC
DADOS DA LEITURA (kWh)					
kWh Leit. Atual	TOT/PTA 6279	INLETADO 6279	kWh Leit. Anterior	TOT/PTA 5794	INLETADO 5794
Constante			Rendimento		
Residuo	1,008		Medido		
Faturado:	485			485	
DESCRICAÇÃO DA CONTA					
CONSUMO	485 A R\$ 0,786015 =	381,21			
CORREÇÃO MONETARIA IG 07/20-00		3,29			
MULTA POR ATRASO DE I 07/20-00		0,68			
JUROS DE MORA POR ATR 07/20-00		0,02			
MULTA POR ATRASO 07/20-00		26,88			
JUROS DE MORA DE IMPO 07/20-00		1,34			
ILUMINACAO PUBLICA		22,85			
OUTRAS INFORMAÇÕES					
TRIF/PA SEM TRIBUTOS: R\$ 4 485 - R\$ 617777					
Média 12 meses: 1274					
HISTÓRICO DE MEDIDAS					
AGO/19	1.166	SET/19	1.232	OUT/19	1.457
NOV/19	1.203	DEZ/19	1.147	JAN/20	926
FEV/20	1.316	MAR/20	1.347	ABR/20	1.355
MAY/20	1.264	JUN/20	1.096	JUL/20	1.178
AGO/20	485				
 MENSAGENS IMPORTANTES REAVISO DE VENCIMENTO					
LIGUE 08007815120 E PONHA SEU VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26 Parabéns! Até o dia 24/08/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.					
RESERVADO AO FISCO FF29.004F.B956.8A4F.CSDC.16FB.87D9.C600					
COMPOSIÇÃO DA CONTA R\$					
Energia:	200,48	INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Distribuição:	87,88	DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Transmissão:	0,00	Limite	9,24	18,49	36,99
Encargos:	11,35	Realizado	0,92		
Base de Cálculo:	381,21	DIC	Mensal	Trimestral	Anual
ALÍQUOTA	VALOR	Limite	8,46	16,92	33,84
ICMS:	17,80%	Realizado	1,00		
PIS:	0,65%	DIC	Mensal	DICRI	Mensal
COFINS:	3,75%	Limite	4,99	Limite	
Tributos:	14,29	Realizado	0,92	Realizado	
	81,58	Conjunta		Mês apuração:	EUSD:
				FLORESTA	06/2020 330,33



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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ELIANZO DE SOUZA COSTA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 616535942 / 168 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MAIK GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 037260012 / 39,

do sinistro de DPVAT cobertura FOR INVÁZ/062 da Vítima MAIK GOMES DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 037260012 / 39 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>AV MARIA PUD. GUERIS DOS SANTOS</u>	Número:	<u>996</u>	Complemento:	<u>ESPIRITO</u>
Bairro:	<u>ASA BRANCA</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>	Estado:	<u>ROPAIMA</u>
E-mail:	<u>camilodcotta2010@gmail.com.br</u>				
		CEP:	<u>69312 285</u>		
		Tel. (DDD):	<u>095 991150318</u>		

Local e Data: Boa Vista/RR 15 de setembro de 2020

Assinatura do Declarante

not 976 03/03/20 11:58

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 ^ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
		<input type="checkbox"/> Azul Ass.			

2001259670	03/08/2020 07:04:35	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	1
Paciente MAIK GOMES DA SILVA		Data Nascimento 07/04/1997	Idade 23 A 3 M 26 D	CNS	CPF 03726001239	Prontuário
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento M	Órgão Emissor NAO	Sexo ESTADO CIVIL	Raça/Cor PARDA	Naturalidade NACIONALIDADE
Mãe MARIA LEILA FERREIRA DA SILVA					Contato NI	BRASILEIRA
Endereço RUA - NI - NI - BOA VISTA - RR						Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada TRANSPORTADO POR TER		Procedimento Sol.		Registrado por ERBEJONE SIMPLICIO	
Queixa Principal <i>Acidente de moto x cord</i>	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 07:08 h) <i>Paciente vítima de acidente com x moto, moradora de cord p/ ser socorrida, PCT apresenta dor em abdô (O), no Palpável apresenta dor</i> <i>Cord na região abdominal (O)</i>						
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica <i>Possível fratura em Região do abdô.</i>						
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____						
PRESCRIÇÃO <i>(1) Telaferil 20g (2) Diprofene 2g (3) 9000 X (4) Ondaparax</i>			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO <i>shell CONFERIR COM ORIGINAL 04 SET 2020</i>	
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: / / : : : :						
Óbito Antes do 1 ^º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : : :						

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



Ort Dr. Vitor
Pf Vitor do Nascimento
Rx abr 24 c m dantes (B)

01- tojida + anf + reb +
total + li

CATE

CRM/RN
Medico Reumatologista
CRM/PE
Medico Reumatologista

Sheila
COPIE O ORIGINAL
94 SET. 2020

Desenvolvimento

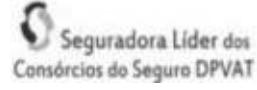
Lamentável reclamação comum ao mundo E.







RECEIPO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277296/20

Vítima: MAIK GOMES DA SILVA

CPF: 037.260.012-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/08/2020

Titular do CPF: MAIK GOMES DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

MAIK GOMES DA SILVA : 037.260.012-39

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

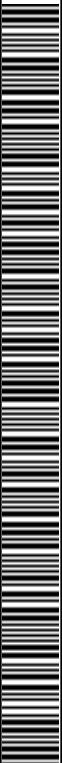
Data da apresentação: 30/09/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RONALDO DE SOUZA COSTA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



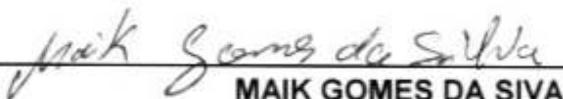
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MAIK GOMES DA SIVA, brasileiro, solteiro, ajudante pedreiro de, portador Cédula de Identidade RG 7673570SSP/PARA, CPF 037.260.012-39 residente e domiciliada na Rua Laura Correa Moreira, 634, Bairro São Bento, CEP 69.315-656, Município de Boa Vista - RR.

OUTORGADO: RONALDO SOUZA COSTA, brasileiro, união estável, auxiliar administrativo, RG 164075 SSP/AM, CPF 616.535.942-68, residente e domiciliado na Maria Rodrigues dos santos, Nº 996, bairro Asa Branca, Boa Vista-RR

PODERES: Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de transito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, 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, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

Boa Vista – RR, 08 de setembro de 2020.



MAIK GOMES DA SIVA