

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150732973

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO

Data do acidente: 16/01/2015

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO ANÁTOMO-FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO NA ABDUÇÃO E ELEVÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRAUMA CONTUSO COM LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA. TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/11/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GUSTAVO DE ALBUQUERQUE DUTRA

CRM do médico: 5281425-3

UF do CRM do médico: RJ

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

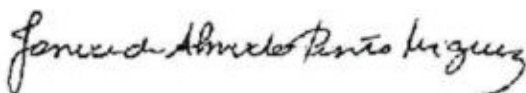
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150732973 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSÉ RENATO HADAD nº SN - SÃO BENTO - BOA VISTA/RR**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 164126 - SSP**
Data local do exame: **24/11/2015 BOA VISTA/RR**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM

☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRAUMA CONTUSO COM LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA. TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA. ALTA MÉDICA.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO ANÁTOMO-FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO NA ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO.

IV. Segundo o previsto no inciso II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

OMBRO ESQUERDO.

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 24/11/2015

Médico Perito: GUSTAVO DE ALBUQUERQUE DUTRA CRM: 5281425-3

Dr. Gustavo Dutra
Ortopedia-Traumatologia
CRM: 52 81425-3

Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2015

Carta n°: 7654858

A/C: ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150732973
Vítima: ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO
Data Acidente: 16/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/08/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **16/01/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório
- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Investprev Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2015

Carta nº: 8179881

A/C: ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150732973
Vítima: ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO
Data Acidente: 16/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO ✓PORTADOR(A) DO RG Nº 164126 ✓ EXPEDIDO POR SSPIRR ✓ EM 26/09/14 ✓CPF 598607402-59 CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO PINTORE RENDA MENSAL DE R\$ 488,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2084-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 7378-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

20 AGO. 2015

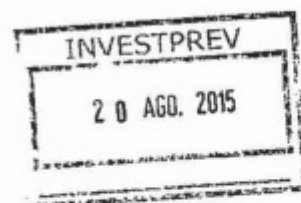
BOA VISTA, 13 de FEVEREIRO de 2015 x Adão Pereira do Nascimento

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014793/2015

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2015 11:59
Delegado de Polícia:

Data/Hora Fim: 06/11/2015 12:12

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/01/2015 14:30

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1195: Acidente de Trânsito auto Lesão	Veículo

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: RUA BRILHO DO SOL

Bairro: Raiar do Sol

ENVOLVIDO(S)

Nome: ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Vitorino Freire

Sexo: Masculino

Nasc: 09/03/1975

Profissão: Pintor

Estado Civil: Casado(a)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Maria Pereira do Nascimento

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA LAURA CORREIA MOREIRA

Bairro: SÃO BENTO

Telefone: (95) 99157-8998 (Celular)

Nº: 96



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAK4451

Ano/Modelo Fabricação 2005/2004

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Número do Chassi 9C2KC08105R042248

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS

Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido	Envolvimentos
Adão Pereira do Nascimento	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

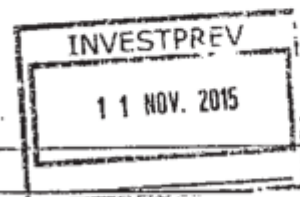
[Complementação do Boletim de Ocorrência de nº 060-T. Relatou que estava conduzindo a motocicleta Marca/Mod: HONDA/CG 150 TITAN KS, prop. JOSE CARLOS DE SOUZA CRUZ, quando desviou de um buraco e atropelou um cachorro e caiu, em seguida procurou atendimento médico por meios próprios: é relato.

ASSINATURAS

Edesio Cardoso de Sousa Filho
Agente de Polícia Civil
Mat.: 43002907

Edesio Cardoso de Sousa Filho
Responsável pelo Atendimento

Adão P. do Nascimento
Adão Pereira do Nascimento
Vítima



Impresso por: Edesio Cardoso de Sousa Filho

Data de Impressão: 06/11/2015 12:12

Página 1 de 2

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 060-T /2015 - Boa Vista-RR, em 12/02/2015

COMUNICANTE: Adão Pereira do Nascimento

RG: 164126

O. EXP.: SSP/RR

CPF. : 598.607.402-59

ENDEREÇO: Rua José Renato Hadad

Nº S/N Q. 343

BAIRRO: São Bento

CIDADE: Boa Vista

SEXO: masculino

PROFISSÃO: pintor

NATURALIDADE: Vitorino Freire

ESTADO: Maranhão

DATA DE NASCIMENTO: 09/03/1975

IDADE: 39 anos

GRAU DE INSTRUÇÃO: Ens. médio completo

ESTADO CIVIL: casado

TELEFONE: 99157-8998

Nº REG. CNH:

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE: Maria Pereira do Nascimento

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 14:30 do dia 16/01/2015, na Av. brilho do sol, Bairro Raiar do Sol, Município: Boa Vista, aconteceu o seguinte fato: o comunicante supramencionado relata que trafegava pela rua citada quando ao desviar de um buraco na pista avistou um cachorro e não conseguiu evitar atropela-lo, o que causou a sua queda, após o ocorrido a vítima foi socorrida por..... e conduzida ao Hospital Geral de Roraima, a vítima sofreu trauma na clavícula E. e lesões corporais.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14:999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.

OBSERVAÇÃO: DPVAT. REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT

Adriana de Lima Moura
INSCRIÇÃO Nº: "T"

Adão Pereira do Nascimento
Comunicante

RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

____/____/____

Conferente / Recebedor

DAT

13 FEV. 2015

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DESPACHO

- () Fato Atípico, Arquive-se
() Aguarde-se novos fatos
() Intime-se para novas declarações.
() outros _____

DELEGADO

INVESTPREV

20 AGO. 2015



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº 164126 e inscrito no CPF/MF sob o nº 598.607.402-59, residente e domiciliado na RUA JOSE RENATO HADAD SIN BAIRRO SÃO BENTO QUADRA 374, Cidade BOA VISTA, Estado RORAIMA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

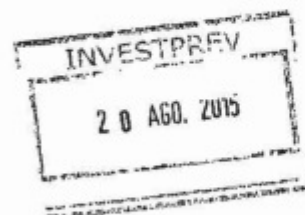
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Adão Pereira do Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

BOA VISTA-RR 13/02/2015

Local e data



6/6/2015

... Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

PROVA DO
ATU

1500359774	16/01/2015 15:02:56	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	TARDE 13-19
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO	09/03/1975	39 A 10 M 7 D		59860740259	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IGNORADO				M	NAO
Mãe	Pai	Raça/Cor	Naturalidade	Contatos	
MARIA PEREIRA NASCIMENTO	INFORMADO	PARDA		(95) 9135-1998	
Endereço	AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 1238 - ESTADOS - BOA VISTA - RR				
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
AGENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TERCEIROS		DAL		
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

história, cl. Des. Dor no / costado (e)

Exame Físico



Hipótese Diagnóstica

Transo

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Zupremo 5		
2) Tenocam 100		

Conduta

☒ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Alé 24h)
☐ Internação
 Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Análise Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

INVESTPREV

1-1 NOV. 2015

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: dal
 Data Hora: 16/01/2015 15:04:31



1500359774



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO,

RG nº 16 4126, data de expedição 26/09/14, Órgão SSP/RR,

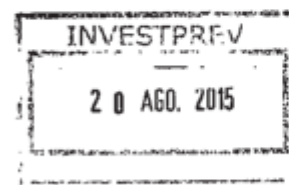
CPF nº 598.607.402-59 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA JOSÉ RENATO HADAD
Número	S/N
Apto / Complemento	QUADRA 374 LOTE 690
Bairro	SÃO BENTO
Cidade	BOA VISTA
Estado	RORAIMA
CEP	69.315-650
Telefone de Contato	(95) 3626-0308
E-mail	mariano-dpvaat@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BOA VISTA - RR 13/02/2015

Assinatura do Declarante: Adão Pereira do Nascimento



Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este número

123396-3

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Gorcez, 69 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ 02.341.470/0001-44 Ins. Estadual 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta da Energia Elétrica - Série B-1
Registro especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 000057273

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

PERÍODO DE FATURAMENTO: 01/12/2014
VALOR DO PAGAMENTO: 219
VALOR DA DESCONTO: 86,39

NERIVAN REIS GOMES
R. JOSE RENATO HADAD S/N O 374 690 SAO BENTO
CPF: 00069521832-15
CEP: 69.315-650 - BOA VISTA
ROT: 8.001.16.24.014800

Atual:	1981	Atual:	18/11/2014
Anterior:	1762	Anterior:	21/10/2014
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	18/12/2014
Consumo Médio:	219	Emissão:	18/11/2014
Consumo Faturado:	219	Apresentação:	18/11/2014

Forma de Faturamento: NORMAL Fator de Potência: 28 Dias de Consumo: 28

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	13TDT00939 L	1509055	1.1.1.3	195

Consumo por mês		Consumo por hora	
Mês/ano consumo		Consumo	Valor R\$
OUT/14	253	CONSUMO	219 A R\$ 0,338153 = 74,05
SET/14	239	CORRECAO MONETARIA DA 09/14-00	0,01
AGO/14	226	MULTA POR ATRASO DE 1 09/14-00	0,30
JUL/14	228	JUROS DE HORA POR ATR 09/14-00	0,06
JUN/14	228	MULTA POR ATRASO 09/14-00	1,45
MAI/14	256	JUROS DE HORA DE IMPO 09/14-00	0,45
ABR/14	219	ILUMINACAO PUBLICA	10,07
MAR/14	89		
FEV/14	24		
JAN/14	0		
PÁGUA SEM TRIBUTOS:			
0 4 219 - 0,274708			

UNIDADE CONSUMIDORA: 13TDT00939 L 1509055

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/12/2014. O não pagamento poderá suspender também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

TARIFA DE ENERGIA ELÉTRICA: REAJUSTE MÉDIO +5,28 %, RESOLUÇÃO ANE EL 1.816 DE 29.10.2014. RESERVA: APRESENTAR-SE DE 09 A 16/12/2014 NO QG DA 1 BDA INF SL. REGULARIZE SUA SITUAÇÃO MILITAR. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 1239.256.8914.EF58.96D2.C442.6183.0CA7

Distribuição		Base de Cálculo	
Distribuição	27,64	Base de Cálculo	74,05
Energia	28,50	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	12,58
Impostos	4,03	Valor do PIS	0,23
	13,88	Valor do COFINS	1,07

DIE		FIC		DMRC		DICI	
Unidade	Trimestral	Anual	Unidade	Trimestral	Anual	Unidade	Trimestral
Unidade	6,03	12,06	24,12	4,35	8,71	17,42	3,54
Reserva	0,00		0,00			0,00	

Consumo DISTRITO Período de apuração: 09/2014 EUSD: 26,02

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, às 14h
356-795460123-5
22/08/2014
HORA DE 10:17:02
101.33.24187-7
LIG. IDADE: BOA VISTA
AG. VINCULADA: 3905
COMPROVANTE DE PAGAMENTO
BOA VISTA ENERGIA S/A
VALOR DO PAGAMENTO: 86,39
836400000003 863900750002
000000001230 396311140083
356-795460123-5
VIA DO CLIENTE

INVEST
20 AGO. 2015

Declaração do proprietário do veículo

Eu, JOSE CARLOS DE SOUZA CRUZ nº: 49979, data de expedição 02/10/64 Órgão SSP RR, portador do CPF nº 149.736.262.87, com domicílio na cidade de Boa Vista, no estado de Roraima, onde resido na (Rua, Avenida, Estrada) AV: São Paulo, nº 956, complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com vítima ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO.

Veículo: MOTO

Ano fabricação: 2005-2004

Modelo: 2005-2004

Placa: NAK 4451

Chassi: 9-C2KC08105R042248

Data do Acidente: 16/01/2015

Local e data: BOA VISTA-RR 07/11/15.

TABELIONATO DEUSDETE COELHO - 1. OFICIO
BOA VISTA - RORAIMA (95) 3224-3327

RECONHECO VERDADEIRA a(s) assinatura(s)

[CITY-0X0]-JOSE CARLOS DE SOUZA CRUZ....

Em testemunho _____ da verdade,
BOA VISTA, 07 de Novembro de 2015,
063-EVELIA CRISTIANE HYGINO
TABELIA SUBSTITUTA-RSM Custas: 1,55

NOTA: Certifico que o presente documento foi apresentado neste Tabelionato na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.

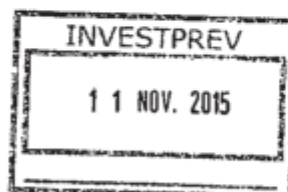
TABELIONATO
DEUSDETE COELHO



JOSE CARLOS DE SOUZA CRUZ

Assinatura do declarante

DOCUMENTO 4 "T400"



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

1500359774		16/01/2015 15:02:56		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		TARDE 13-19	
Paciente ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO				Data Nascimento 09/03/1975		Idade 39 A 10 M 7 D		CNS 59860740259	
Tipo Doc IGNORADO		Documento Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo M		Raça/Cor PARDA	
Mãe MARIA PEREIRA NASCIMENTO		Endereço AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 1238 - ESTADOS - BOA VISTA - RR		Pai INFORMADO		Naturalidade		Contatos (95) 9135-1998	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento AGENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada TRANSPORTADO POR TERCEIROS		Procedimento Sol.		Registrado por: DAL		Peso	
Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue									
Anamnese de Enfermagem						GSC		TOTAL	
						AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) <i>Ret. 1h / 15min / 10min / 5min</i>									
Exame Físico									
DOCUMENTO 5 "T5%"									
Hipótese Diagnóstica <i>Trauma</i>									
SADT - Exames Complementares ☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:									
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
① Imunização									
② Tereftalato de cálcio									
Condução ☒ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para: Data e Hora da Saída Alta:									
Óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica									
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: dal Data Hora: 16/01/2015 15:04:31						INVEST 20 AGO. 2015 0359774			



Pronto Socorro Francisco Elesbão
Pronto Atendimento Ailton Rocha



Governo do Estado
Secretaria do Estado de Saúde

RECEITUÁRIO

NOME: *Felício Pereira*

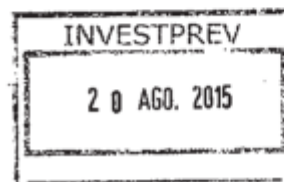
Uso oral:

1. Nimesulida 100 mg----- 10 comp.
Tomar 01 comprimido por via oral de 12/12 horas por 05 dias.
2. Dipirona 500mg----- 20 comp.
Tomar 01 comprimido por via oral de 6/6 horas SE DOR.

Data: *16* / 01 / 2015

Dr. Patrício Araújo
CRM 1441

ASSINATURA E CARIMBO

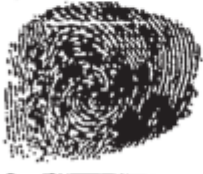


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OOLIO CRUZ

 Polegar Direito



Adão Pereira do Nascimento

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

164126

DATA DE EXPEDIÇÃO 26/09/2014

ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO 09/03/1976

MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO

VITORINO FREIRE - RA

CERTO CAS 3242 FLS 149 LIV 26

VITORINO FREIRE - RA

598.607.602-59

2 VIA

Hênio Sênio Lima Andrade
Diretor do IDOC

LEI Nº 7.110 DE 20/08/83

DOCUMENTO 6 "T6%"



INVESTPREV

20 AGO. 2015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 9799808303
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 00084594/082 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2013

JOSE CARLOS DE SOUZA CRUZ Rik

RUA VISIA

149/362628/ CPE/CNPJ NIAK4451

PLACA ANT/UF 9C2KC08105R042248

PAS/MOTOCICLETA/NAU APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

HUNDA/CG 150 TITAN KS 2004 2005

0024/0149117 CATEGORIA PARTILH COR PREDOMINANTE VERMELHA

1 1ª COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1ª *****
P 2ª *****
V 3ª *****
A 4ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$1.11 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$292.01 DATA DE PAGAMENTO 22/11/2013

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

Edilson Davinias Santos
08802 - Presidente Interino 26/11/2013
RUA VISIA-RR DETRAN/RR DCAR

20 AGO. 2015

DOCUMENTO 7 -T7%
DOCUMENTO 7 -T7%

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS, AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 9799808303 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013

149/362628/ CPE/CNPJ NIAK4451

JOSE CARLOS DE SOUZA CRUZ Rik

RUA VISIA

149/362628/ CPE/CNPJ NIAK4451

PLACA ANT/UF 9C2KC08105R042248

HUNDA/CG 150 TITAN KS 2004 2005

0024/0149117 CATEGORIA PARTILH COR PREDOMINANTE VERMELHA

1 1ª COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1ª *****
P 2ª *****
V 3ª *****
A 4ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$1.11 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$292.01 DATA DE PAGAMENTO 22/11/2013

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

Edilson Davinias Santos
08802 - Presidente Interino 26/11/2013
RUA VISIA-RR DETRAN/RR DCAR

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2015

Carta n°: 7654858

A/C: ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150732973
Vitima: ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO
Data Acidente: 16/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/08/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **16/01/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório
- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Investprev Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

