

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^a Classificação
 HGR - Secretaria de Estado da Saúde
 Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação
<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Amarelo	<input type="checkbox"/>	Amarelo	<input type="checkbox"/>	Amarelo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.	<input type="checkbox"/>

1901093793	05/04/2019 19:48:00	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	6	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF 07	Prontuário		
		15/09/1984	34 A 6 M 20 D	898002725030279	85704865291	00157591		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Naturalidade		
IDENTIDADE	226690	SESP/RR	13/04/2000	F	UNIAO ESTAVEL	ARAGUATINS - TO	Nacionalidade	
Mãe	CLEUDES VIEIRA DE SOUSA				FRANCISCO CLETO MARTINS	BRASILEIRA	Contato	
Endereço	RUA - JOSE QUEIROZ - 1943 - BURITIS - BOA VISTA - RR					(95) 99143-8669	Ocupação	
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	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.					Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA						EDILEUDA.SOUZA	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>Queda de moto</i>							
Anamnese de Enfermagem	Não alergias							
	GSC	TOTAL						
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	J5						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 19:48 h) Paciente trazida pelo SAMU em prancha rígida e colar cervical, refere dor em temenice (D), coxa (D) e tornozelo (D). É tentativa de retirar o colar, refere dor em região nucal.								
Colar cervical mantido - SAMU fez 1g de dipirona e 40mg de Tenoxicam REG, ROTÉ, aza, pupilas isocônicas e fotorreagentes Dor à mobilização passiva e limitação de movimento de tornozelo (D)								
Hipótese Diagnóstica								
Pelitrauma								
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		APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO			
<ol style="list-style-type: none"> ① Dipirona 1g EV ② Hidrocortisona 100mg EV ③ Col. av. da Bucal 		<i>5/5/19</i>						
Conduta		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : /						
<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:								
óbito								
Antes do 1º 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	 Dra. Adileuda Souza CRM/RR 1988							



Mr. Bice Nell.

Während zwei Schülers tr. Sichtbar die frühe Vermischung
de Wörter. O. Schülers Reaktionen um im Brustton.





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

**CADASTRO DE PACIENTE**Paciente: **GLEIDE SOUSA MARTINS**Prontuário: **00157591** Localização:

Data de Nascimento: **15/09/1984** Idade: **34 A 8 M 2 D** Sexo: **FEMININO** CPF: **857.048.652-91** C.N.S.: **898002725030279**
 Documento: **IDENTIDADE** Número: **226690** Orgão Emissor: **SESP/RR** Emissão: **13/04/2000** Parceiro: **NÃO**
 Estado Civil: **UNIAO ESTAVEL** Cônjugue: Escolaridade: **ENSINO MEDIO COMPLETO**
 Raça/Cor: **PARDA** Etnia: Naturalidade: **ARAGUATINS - TO**
 Nacionalidade: **BRASILEIRA** Ocupação: **NÃO INFORMADA**
 Mãe: **CLEUDES VIEIRA DE SOUSA** Pai: **FRANCISCO CLETO MARTINS**
 Endereço: **RUA: JOSE QUEIROZ Nº: 1943 Compl: Bairro: BURITIS Cidade: BOA VISTA - RR CEP: 69309207**
 Contatos - Residencial: Trabalho: Cel1: (95) 99143-8669 Cel2: (95) 99143-8671
 e-mail: Data do Cadastro: **26/03/2009 00:00:00** Alterado em: **05/04/2019 19:48:31**





ATESTADO MÉDICO / DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): Gleide Sousa
Martins

foi atendido no Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE (), UNACON,
no dia 05/04/19 às 20:00 horas.

O mesmo:

- Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento.
 Necessita de três (03) dia(s) de licença médica.

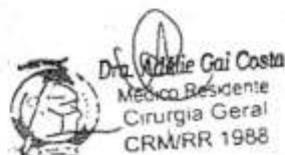
CID:

Boa Vista,

05/04/19

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente



Assinatura / carimbo médico

Hospital Geral de Roraima,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATE STADO

NOTA: QUE O USUÁRIO Gleide Sousa Martins

ESTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL N°
148 — NECESSITA DE 07 (Sete) DIAS

DE AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

S.OZ9

Boa Vista, 09 de Abril de 2019

Rodrigo da Franca Aranha
Cirurgião Buco Maxilo Facial
Ortodontista
CRO-RR 257

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTOLÓGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO
PGPS APROVADO PELO DEC. N° 60.501, DE 14/03/87 E, SERÁ EXPEDIDA JUSTIFICA-
TIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Nome <i>Cláudia Souza Martins</i>	Data de Nascimento <i>15/03/84</i>	Nacionalidade <i>Brasileira</i>
Endereço <i>Rua José Queiroz</i>		Nº <i>1943</i>
Complemento <i>01</i>	Bairro <i>Benedito</i>	
Cidade <i>Boa Vista</i>	Estado <i>RR</i>	CEP <i>69308-207</i>
Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Doc. Inscrição (Nº e Série)	
Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo	Tem outra atividade com vinculação à previdência social ? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Desquitado/Divorciado		

Assinatura :

Nome do Procurador ou Curador	
Endereço	

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Empresa: <i>Gilce O. Pinto - me</i>	Nº CNPJ <i>34.012.305/0001-10</i>
Endereço: <i>Travessa B</i>	Nº <i>89</i>
Complemento:	Bairro: <i>Centro</i>
Cidade: <i>Boa Vista</i>	Estado <i>RR</i> CEP <i>69301-225</i>
Último dia de trabalho do segurado <i>05/04/2019</i>	Afastado por: <input checked="" type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Férias

Dependentes para Salário Família

Prenome dos filhos	Data Nasc.	Prenome dos Filhos	Data Nasc.
<i>Opáthe São</i>	<i>2013</i>		

Localidade : *Boa Vista* Data : *16/04/2019*

LIMPONOGA
Gilce Oliveira Pinto
Assinatura do responsável pelo atestado do afastamento
34.012.305/0001-10

Instruções

- O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e preferencialmente à máquina.
- No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento do Atestado de Afastamento do Trabalho.
- No mês do afastamento do trabalho se a empresa efetuar o pagamento integral do Salário Família, o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fractionados.

*Travessa B, Nº 89, Centro
CEP: 69.301-225
BOAVISTA/RR*



Gobierno de NorTEAM
SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD

ESTADO

AFIRMAÇÃO: QUE O USUÁRIO
Martins

INTITULADO DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº
RE: NECESSITA DE 30 (trinta) DIAS
DE ABASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.
Data: 5.029

Boa Vista RR 16 de Abril de 2019

Rodrigo da Franca Almeida
Cirurgião Dentista Especialista em
Ortodontista
~~(CRM-RR 251)~~

~~ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGICO - CRM - CBO~~

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO PGPS APROVADO PELO DEC. N° 60.601, DE 14/08/67 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Nome <i>Gilce Souza Martins</i>	Data de Nascimento <i>15/08/84</i>	Nacionalidade <i>Brasileira</i>
Endereço <i>Rua José Queiroz</i>		Nº <i>1943</i>
Complemento <i>01</i>	Bairro <i>Benitip</i>	
Cidade <i>Boa Vista</i>	Estado <i>RR</i>	CEP <i>69308-201</i>
Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Doc. Inscrição (Nº e Série)	
Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo	Tem outra atividade com vinculação à previdência social ? <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Desquitado/Divorciado <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Assinatura : _____

Nome do Procurador ou Curador	
Endereço	

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Empresa <i>Gilce O. Pinto - me</i>	Nº CNPJ <i>34.912.305/0001-10</i>
Endereço <i>Travessa B</i>	Nº <i>89</i>
Complemento:	Bairro: <i>Centro</i>
Cidade: <i>Boa Vista</i>	Estado <i>RR</i> CEP <i>69301-225</i>
Último dia de trabalho do segurado <i>05/04/2018</i>	Afastado por: <input checked="" type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Férias

Dependentes para Salário Família

Prenome dos filhos	Data Nasc.	Prenome dos Filhos	Data Nasc.
<i>Opaline</i>	<i>2014</i>		

Localidade: *Boa Vista* Data: *16/04/2018*

Assinatura do responsável e carimbo do C.G.C. da Empresa
Gilce O. Pinto **34.912.305/0001-10**

Instruções

- O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e preferencialmente à máquina.
- No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento do Atestado de Afastamento do Trabalho.
- No mês do afastamento do trabalho se a empresa efetuar o pagamento integral do Salário Família, o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fractionados.

Travessa B, Nº 89 - Centro

CEP: 69.301-225

BOAVISTA/RR



PACIENTE:

PRONTUÁRIO N°

DN: / /

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

Gláucio Siqueira Neto

06/06/10

Recept. Interno de paciente metabólico
apresenta lesões de origem significativa, sem descrever
dito o seu perda de peso. A lesão é
optar a realização de sua avaliação posterior.

O.E.D 5031

Rafaelo da Franca Alves
Cirurgião Bucal Maxilo Facial
Ortodontista
CRM-RS 257



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 13213447276

Número do Benefício: 6276546287

Espécie: 31

Número do Requerimento: 195960726

Ao Sr. (a): GLEIDE SOUSA MARTINS

Endereço: JOSE QUEIROZ 1943 APT 03, BURITIS

CEP: 69309207 Município: BOA VISTA

UF: RR

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 22/04/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 30/05/2019.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (30/05/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 30/05/2019 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 24 de Abril de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: BOA VISTA RR

Endereço: AV GLAYCON DE PAIVA, 132 PREDIO, CENTRO

CEP: 69301250 Município: BOA VISTA

UF: RR

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Assinatura do Requerente / Representante Legal



GOVERNO DO BAHIA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

ATESTADO

ATESTADO QUE O USUÁRIO Elieck Sáenz Lontim

POR PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL N° _____
SÉRIE _____ NECESITA DE 35 Quinze _____ DIAS
DE AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.
C.I.D. Foto

Bu.

28

de 05

19

Rodrigo da França Actis
Cirurgião Dentista Maxilo Facial
Ortodontista
CRO-RR 257

ASSINATURA E CADIMPO DO MÉDICO OU ODONTOLOGICO

MM - OHO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS ART. 86 DO PGPB APROVADO PELO DEC. N° 50.501, DE 14/08/87 E SERÁ EXPEDIDAS JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATE ATASDO

IDENTIFICADO O USUÁRIO

Gleide Sousa Martins

ESTADÔR DA CARTEIRA PROFISSIONAL N°

NIF

NECESSITA DE 07 (Sete) DIAS

AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

S.029

Boa Vista, 09 de Abril de 2019

Rodrigo da França Aranha
Cirurgião-Bucal Mário Faria
Ortodontista
CRO-RR 257

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ORTODONTÓLOGO (RAM - CRO)

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO PGHIS APROVADO PELO DECI, Nº 80.601, DE 14/08/87 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICATIVA DE 01 Á 16 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

ATESTADO MÉDICO /
DECLARAÇÃO DE
COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): Gleide Souza
Martins

foi atendido no Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE (), UNACON,
no dia 05/04/19 às 20:00 horas.

O mesmo:

- Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento.
 Necessita de três (03) dia(s) de licença médica.

CID:

Boa Vista,

05/04/19

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente



Dra. Aline Gai Costa
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM/RR 1988

Assinatura / carimbo médico

Hospital Geral de Roraima,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611



GOVERNO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

ESTADO QUE O USUÁRIO
Martins

Gleide Soeso

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL N°

ENIE

NECESSITA DE

30, treinta

DIAS

E AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

5.029

Bon Vista RR 16 de Abril de 2019

Raimundo da França Artur
Cirurgião-Dentista F
Ortodontista
(CRO-RR 257)

Assinatura e Carimbo do Médico ou Odontológico CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO PGPS APROVADO PELO DECRETO N° 60.501, DE 14/08/87 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



Nome: Gleide Sousa Martins

Data do Exame: 03/07/2019

Idade: 34 Anos e 9 Meses

Gênero: Feminino

Documento:

Empresa:

Convênio:

Cargo:

Atendimento:

Repouso Auditivo: h

Audiômetro: AD 229b

Aferido: 26/03/2019 - Imitanciómetro: AT 235

Aferido: 05/04/2019

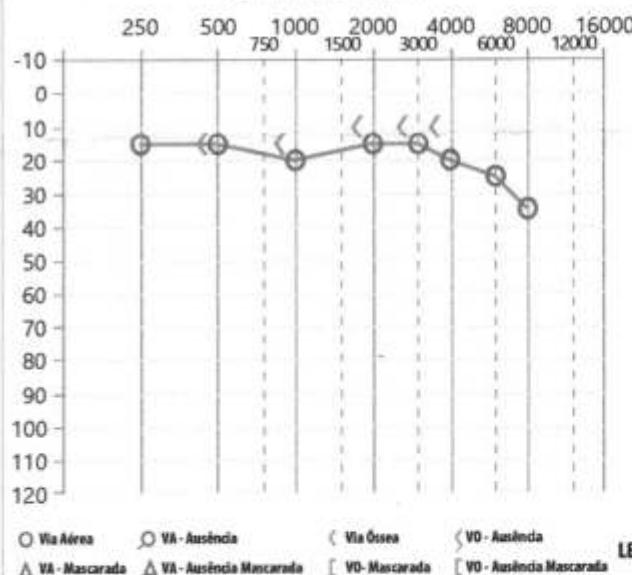
MEATOSCOPIA

Orelha Direita: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

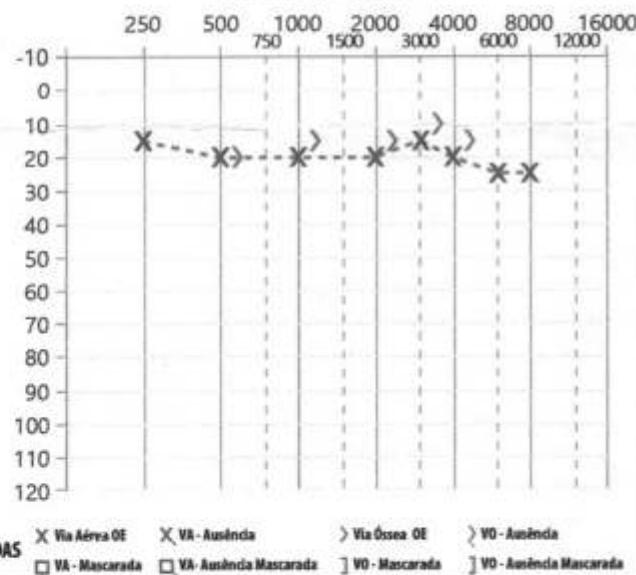
Orelha Esquerda: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

AUDIOMETRIA: Tonal

ORELHA DIREITA



ORELHA ESQUERDA



ÍNDICE PERCENTUAL DE RECONHECIMENTO DE FALA		25 PALAVRAS FALADAS
INTENSIDADE	MONOSILÁBICA	DISSILÁBICA
OD	55 dB	100 %
OE	60 dB	100 %

LIMIARES		
	OD	OE
LRF	20 dB	20 dB
LAF	dB	dB

MASCARAMENTO EM dB		LOGOAUDIOMETRIA		
VIA AÉREA		VIA ÓSSEA		QUANTIDADE
MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO	
OD	dB	dB	dB	dB
OE	dB	dB	dB	dB

PARECER AUDIOLÓGICO:

Paciente tem queixa de zumbido em lado direito há mais de 6 anos.

OBS: Audiometria realizada com estímulo "Warble", recomendado para casos de zumbido.

Limiares audiométricos normais bilateralmente, com queda para a frequência de 8000 Hz em orelha direita.

Grau de Perda Auditiva normal – Média 500, 1000 e 2000Hz (Lloyd e Kaplan);

Configuração Audiométrica descendente leve em orelha direita (Piora de 5 a 12 dB/octava em direção às frequências altas) e horizontal em orelha esquerda. (Carhart, 1936);

Audiometria vocal normal em ambas as orelhas: Índice de Reconhecimento da Fala – IPRF (Jerger, Speaks e Trammell, 1968).

Taissa
Taissa Luna
Fonoaudióloga
CRFa 13329-1



OTORR Medicina Integrada

Rua Cerejo Cruz, 1634, Centro Boa Vista - Roraima | Fone: (95) 3224-6249

Nome: Gleide Sousa Martins

Idade: 34 Anos e 9 Meses

Empresa:

Cargo:

Audiômetro: AD 229b

Genero: Feminino

Data do Exame: 03/07/2019

Documento:

Convênio:

Atendimento:

Repouso Auditivo: h

Aferido: 26/03/2019 - Imitanciómetro: AT 235

Aferido: 05/04/2019

MEATOSCOPIA

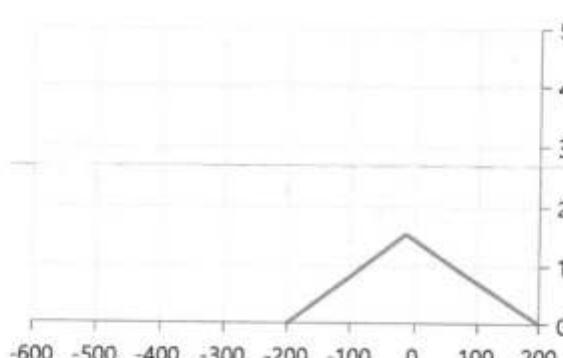
Orelha Direita: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

Orelha Esquerda: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

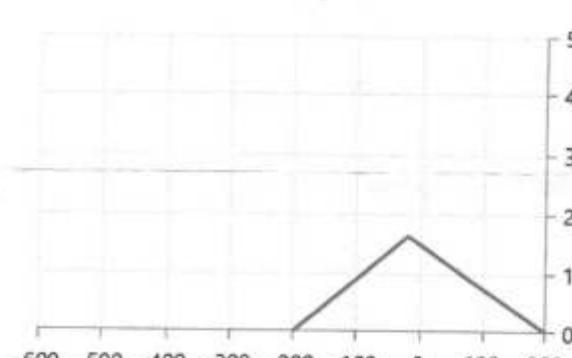
ORELHA DIREITA

TIMPANOMETRIA

ORELHA ESQUERDA



TIPO: Ad



TIPO: Ad

Compliância (ml):	Pressão Oído Médio (daPa)	Máximo Relaxamento (ml)	Compliância +200 daPa (ml)	Compliância Estática (ml)
ORELHA DIREITA	-12	1.5	0	1.5
ORELHA ESQUERDA	-18	1.6	0	1.6

Aferência Direita

REFLEXO ACUSTICO

Aferência Esquerda

Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI
15	100	85	100
20	95	75	100
15	100	85	105
20	100	80	100

FREQUÊNCIA
500 Hz
1.000 Hz
2.000 Hz
4.000 Hz

Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
20	95	75	100
20	100	80	100
20	100	80	95
20	95	75	95

PARECER AUDIOLÓGICO:

Notas do Médico:

Taíssa Luna
Fonoaudióloga
CRFa 13329-1

Cód. Pac.: 53460

Nome: GLEIDES SOUSA MARTINS

Data: 02/08/2019 Idade: 34A Procedência: ELETIVO

Médico Solicitante: RUI SOUZA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SÉIOS DA FACE E CRANIO

Protocolo:

Exame realizado com cortes tomográficos computadorizados axiais volumétricos, obtidos com técnica multi-slice.

Indicação:

- Cefaleia pós-trauma de face.

Relatório:

SEIOS DA FACE

- Discreto desvio do septo nasal, de aspecto sinuoso, dextroconvexo superiormente e levoconvexo inferiormente, com predomínio junto a junção osteocartilaginosa, associado a minímo esporão ósseo tocando a concha nasal inferior respectiva.
- Seios paranasais apresentando aeração preservada.
- Unidades osteomeatais e recessos de drenagem dos seios paranasais pérviros.
- Conchas, cavidades e meatus nasais preservados.
- Canais dos nervos ópticos sem sinais de deiscência.
- Fossas pterigopalatinas, cavidades orbitárias e estruturas da rinofaringe simétricas.

CRÂNIO

- Sulcos corticais e cisternas encefálicas com amplitudes habituais para a faixa etária.
- Sistema ventricular supratentorial de aspecto habitual
- Parênquima cerebral com morfologia e atenuação normais.
- Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.
- Ausência de calcificações de aspecto patológico.
- Linha média sem desvios significativos.
- Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.

Conclusão:

- *Discreto desvio sinuoso do septo nasal.*
- *Estudo do crânio sem particularidades de nota.*

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Resp. Técnico
CRM-RR 1191
RQE: 566 Médico

Dr Daniel Lopes Azevedo. RQE 566
Responsável Técnico

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Médico
CRM-1191/RR

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Membro titular do CBR

/ CRM:1191 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

40.7 %

D

5/4/2019 20:50:23

44.1 %

00

5/4/2019 20:50:23



D

53,9 %

5/4/2019 22:34:49

54,1 %

5/4/2019 22:34:49

GLEIDE SOUSA MARTINS ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

□

D

, GLEIDI SOUSA MKARTINS

5/4/2019 20:50:23

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

53,7 %

57.3 %

GLEIDI SOUSA MKARTINS

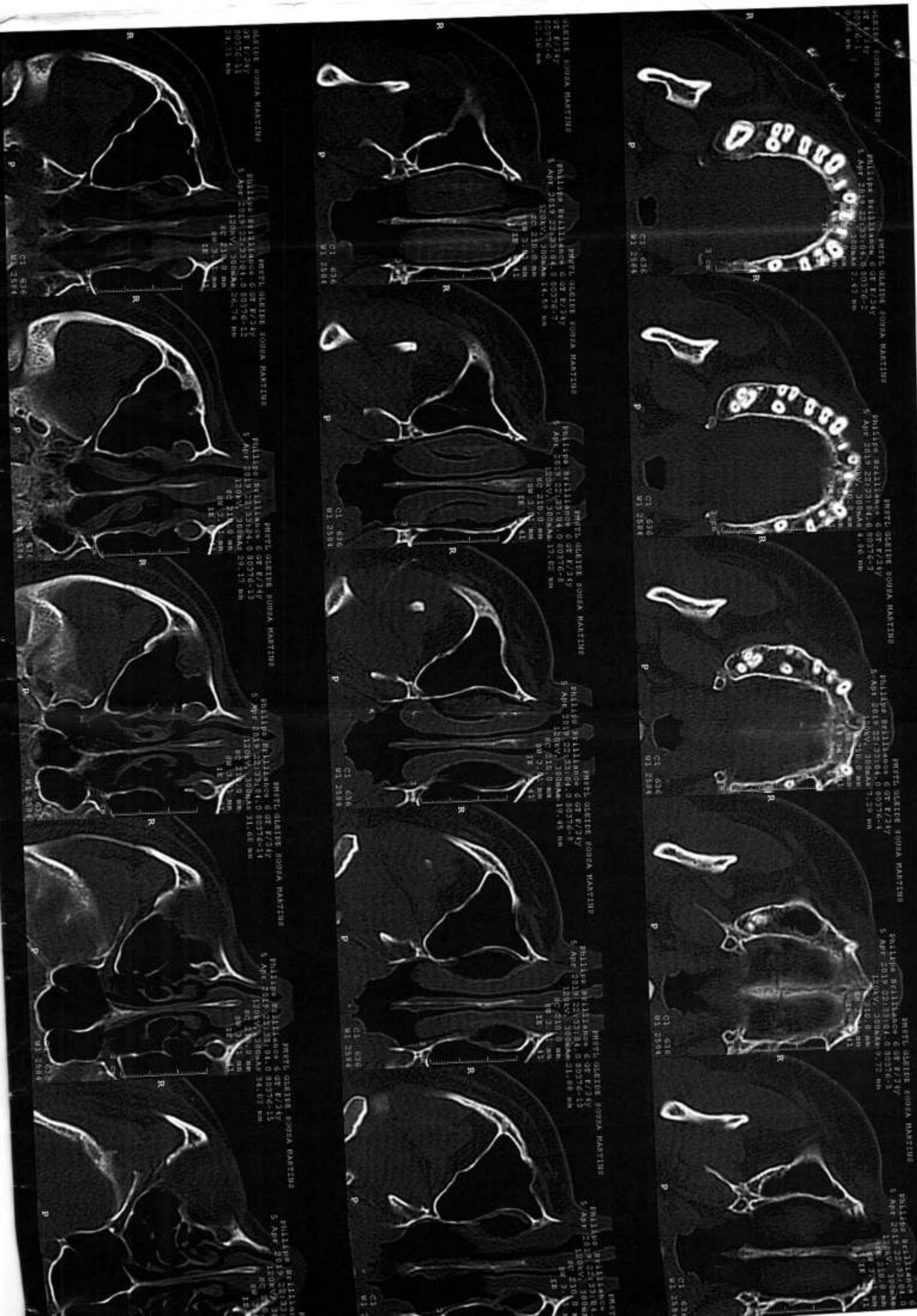
5/4/2019 20:50:23

52.5 %

5/4/2019 20:50:23

D





IX 8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

8.24

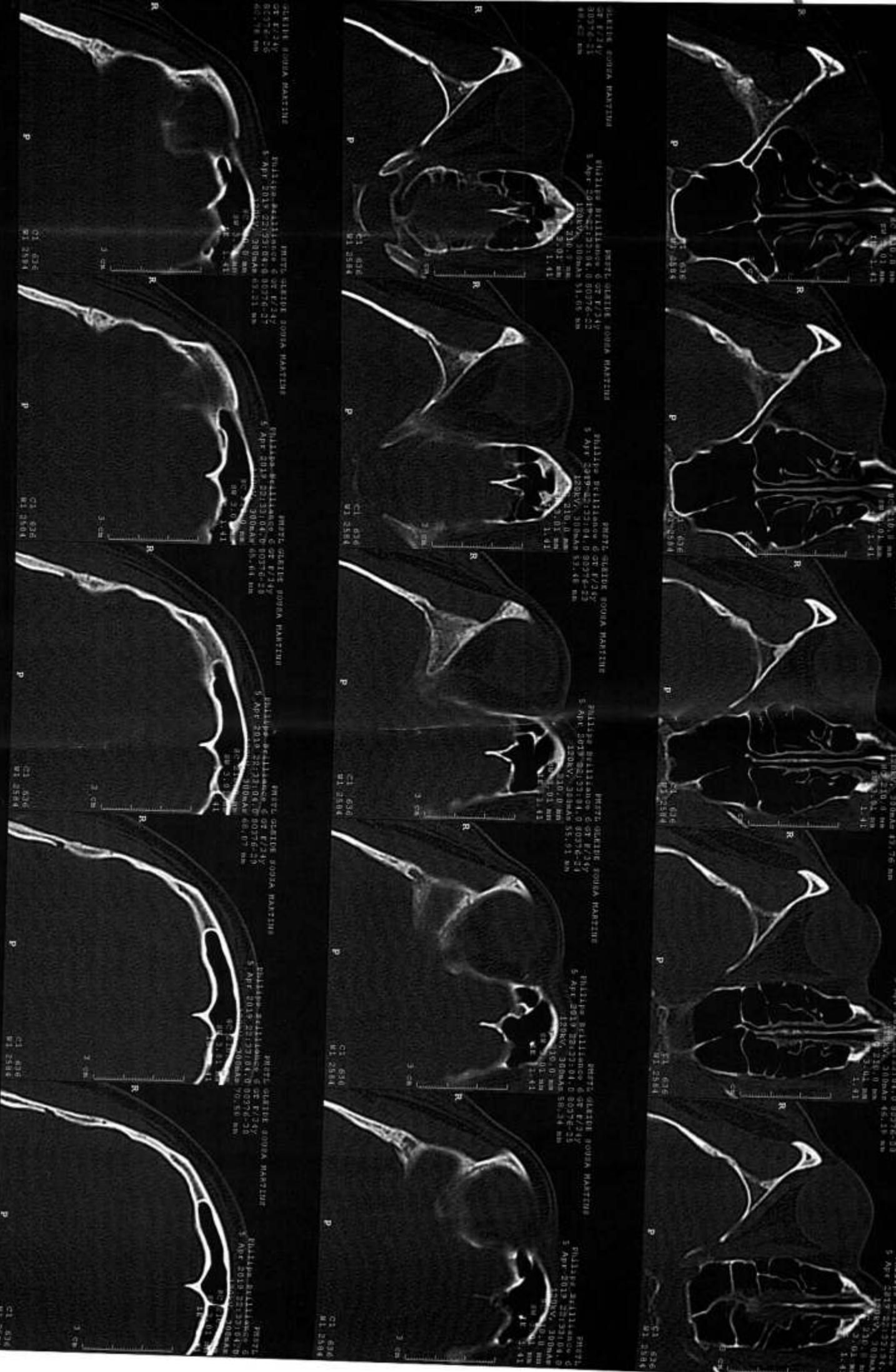
8.24

8.24

8.24

8.24

8.24





QUALIFICAÇÃO CIVIL		ALTERAÇÃO	
Nome CIEIDE SOUSA MARTINS	RG 226690 SESPP-RR	DATA 25/01/2005	DATA 25/01/2005
LOC. DE NAC. ARAGUATINS	DATA 15/09/1984	DATA 25/01/2005	DATA 25/01/2005
JUANITO FRANCISCO CLETO MARTINS	CPF 000046902674-127	DATA 25/01/2005	DATA 25/01/2005
CIEIDE DE SOUSA	RG 226690	DATA 25/01/2005	DATA 25/01/2005
DOC. ATTESTADO	DATA 25/01/2005	ASSINATURA DA PESSOA FÍSICA	ASSINATURA DA PESSOA FÍSICA
SOTERÓPOLIS	DATA 25/01/2005	ASSINATURA DA PESSOA FÍSICA	ASSINATURA DA PESSOA FÍSICA
BAHIA	DATA 25/01/2005	ASSINATURA DA PESSOA FÍSICA	ASSINATURA DA PESSOA FÍSICA
BRASIL	DATA 25/01/2005	ASSINATURA DA PESSOA FÍSICA	ASSINATURA DA PESSOA FÍSICA

L E C

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - SEP. JUDICIAL | D - ADOPÇÃO | F - F

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190700696
Nome do(a) Examinado(a):	GLEIDE SOUSA MARTINS
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA JOSÉ QUEIROZ, 1943, AP 03, BURITIS
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	857.048.652-91
Data e local do acidente:	05/04/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 30/12/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/AMBULÂNCIA COM CONSEQUENTE FRATURA DA FACE DIREITA

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA EM REGIÃO PERIORBITAL D, EM ACOMPANHAMENTO CONTINUO COM NEUROLOGISTA DEVIDO TER EVOLUIDO COM CEFALÉIA CRÔNICA E EM USO DE AMITRIPTILINA + TRAMAL

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

FACE D: ALTERAÇÃO ANATOMICA EM REGIÃO PERIORBITAL D (LATERAL) SUGESTIVA DE AFUNDAMENTO

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

ESTRUTURA CRANIO/FACIAL: ALTERAÇÃO ANAOTOFUNCIONAL MODERADA

VII) Segundo 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): ESTRUTURA CRANIO/FACIAL

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


Dr. Regina Claudia Reboucas MenDES AlHO
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452252/19

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

CPF: 857.048.652-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: GLEIDE SOUSA MARTINS

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Declaração do Proprietário do Veículo
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

GLEIDE SOUSA MARTINS : 857.048.652-91

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: 16/12/2019
Nome: GLEIDE SOUSA MARTINS
CPF: 857.048.652-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLEIDE SOUSA MARTINS

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700696 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FACE DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM REGIÃO PERIORBITAL D (LATERAL) SUGESTIVA DE AFUNDAMENTO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA FACE DIREITA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA EM REGIÃO PERIORBITAL D. EM ACOMPANHAMENTO CONTINUO COM NEUROLOGISTA DEVIDO TER EVOLUIDO COM CEFALÉIA CRÔNICA E EM USO DE AMITRIPTILINA + TRAMAL.

Sequelas permanentes: DANO ESTÉTICO.

Sequelas: Sequela não indenizável

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações: AFUNDAMENTO EM FACE NÃO SE ENQUADRA EM SEQUELAS INDENIZÁVEIS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700696 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO SEM DESLOCAMENTO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700696 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO SEM DESLOCAMENTO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452252/19

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

CPF: 857.048.652-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: GLEIDE SOUSA MARTINS

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GLEIDE SOUSA MARTINS : 857.048.652-91

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: 16/12/2019
Nome: GLEIDE SOUSA MARTINS
CPF: 857.048.652-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLEIDE SOUSA MARTINS

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700696

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEIDE SOUSA MARTINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

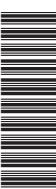
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700696

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GLEIDE SOUSA MARTINS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700696

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GLEIDE SOUSA MARTINS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

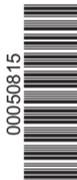
Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

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:

857.048.652-91

4 - Nome completo da vítima:

Gleide Sousa Martins

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Gleide Sousa Martins

6 - CPF:

857.048.652-91

7 - Profissão:

Assistente de Alunos

8 - Endereço:

R. José Queiroz 1943 Buritis ap.03

9 - Número:

1943

10 - Complemento:

Buritis

11 - Bairro:

Buritis

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.309.307

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

95.99143-8671

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 22601 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu nascituro (vai nascer)? 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, Bon Vista - RR 11/30/19

Gleide Sousa Martins

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

566836 Dados de
566842 DAMS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012747/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/04/2019 09:59 Data/Hora Fim: 26/04/2019 10:26
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 26/04/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 05/04/2019 18:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Buritis

Logradouro: Av: Mario Homem de Melo

Complemento: em frente à Retífica Roraima

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GLEIDE SOUSA MARTINS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: GO - Aragoiânia Sexo: Feminino Nasc: 15/09/1984
Profissão: Monitor de Alunos Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Cleudes Vieira de Sousa Nome do Pai: Francisco Cleto Martins

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 226690

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 1943

Logradouro: Rua José Queiroz

Complemento: ap - 03

Bairro: Buritis

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante vem a este DP para informar que é habilitada (CNH nº 04671803825), e que na data, hora e local acima informado, conduzia a motocicleta Honda FAN 150, ano/modelo 2010/2010, chassi 9C2KC1550AR183201, PLACA NAN-8419, RENAVAM 00233624031, a qual se encontra em nome de seu marido, Almir Lângelo Alves do Carmo, na faixa esquerda da via, pois iria fazer a manobra de conversão à esquerda na Avenida dos Imigrantes, quando teve a traseira da motocicleta colidida por uma Ambulância do SAMU que seguia no mesmo sentido da comunicante. Que a VTR do SAMU estava com sirene e giroflex ligados, porém, a comunicante teve que reduzir, devido o sinal se encontrar vermelho. Que a comunicante viu a VTR do SAMU pelo retrovisor, e deslocou a motocicleta o mais próximo possível da calçada, para dar passagem para a ambulância e uma vez que iria dobrar à esquerda. Que tinha como garupa, sua filha Karoline Vitória Martins Oliveira, de 17 anos, a qual teve ferimentos leves. Que a comunicante teve fratura na face. Que após a colisão, a equipe e levada ao HGR para atendimento médico.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012747/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento

Gleide Sousa Martins
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

Delegado de Polícia Civil: Juraci Melo de Bocha
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Data de Impressão: 02/05/2019 10:45
Protocolo nº: NENHUM

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Número de sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 653.048.652-91 Gleide Souza Amorim

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 Gleide Souza Amorim 853.048.652-91 Rua 206 nº 1443 Qd. 101 Lote 03 Bloco 123
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Fazenda: 14 - CEP:
 Búzios Búzios R.R. 28.930-307
 15 - Email: 16 - TEL (DDD):
 95.99143-8641

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 A 18 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:

RECURSO INFORMATIVO R\$1.000,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RÉDITO R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

DADOS BANCÁRIOS (PARA AUTORIZAÇÃO DA INDENIZAÇÃO) REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (número e agência abaixo. Assinatura no topo)

CONTA CORRENTE (número e agência)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3027**

(informe a digitação)

CONTA: **22-601** (4)

(informe a digitação)

Nome do BANCO: _____

(informe a digitação)

(informe a digitação)

Autorizo a Seg. Lider a creditar na conta bancária informada, se minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do seguro DPVAT e que eu já tenho, ou ainda, se entregar-lhe a declaração assinada à seguinte espécie de identificação do crédito, quaisquer ônus ou valor recairem.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sou eu, nº 25-14, o(a), que sou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de recolhimento da indenização no Seguro DPVAT (II) nº 446.134/74, uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou de minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins de Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito que seja feita a regularização do meu ato de não apresentar o Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação meus certos e precisos sobre a ausência de laudo do IML, concedendo, desde já, em nome da minha pessoa, a validade da perícia preexistente, caso necessário, às custas de Seg. Lider, para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes, bem como da validade da trânsito causado por veículo automotor, autorizada a declaração no art. 6.154/74.

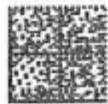
Declaro que este ato é voluntário, não obrigado, concordando com a indicação médica e que não tem o objetivo de contestar a avaliação médica, descrevendo seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado Viúvo Naufragado Morto

24 - Grau de Parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou compatriota: Sim Não 26 - Se a vítima deixou compatriota, informar o nome completo:

27 - Vítima: Sim 28 - Se tinha filhos, informar se vítima deixou herdeiros? Sim 29 - Vítima: Sim 30 - Se tinha irmãos, informar se vítima deixou irmãos? Sim 31 - Vítima: Sim 32 - Se tinha irmãos, informar se vítima deixou irmãos? Sim 33 - Vítima: Sim 34 - Vítima: Sim 35 - Vítima: Sim 36 - Vítima: Sim 37 - Vítima: Sim 38 - Vítima: Sim 39 - Vítima: Sim 40 - Vítima: Sim 41 - Vítima: Sim 42 - Vítima: Sim 43 - Vítima: Sim 44 - Vítima: Sim 45 - Vítima: Sim 46 - Vítima: Sim 47 - Vítima: Sim 48 - Vítima: Sim 49 - Vítima: Sim 50 - Vítima: Sim 51 - Vítima: Sim 52 - Vítima: Sim 53 - Vítima: Sim 54 - Vítima: Sim 55 - Vítima: Sim 56 - Vítima: Sim 57 - Vítima: Sim 58 - Vítima: Sim 59 - Vítima: Sim 60 - Vítima: Sim 61 - Vítima: Sim 62 - Vítima: Sim 63 - Vítima: Sim 64 - Vítima: Sim 65 - Vítima: Sim 66 - Vítima: Sim 67 - Vítima: Sim 68 - Vítima: Sim 69 - Vítima: Sim 70 - Vítima: Sim 71 - Vítima: Sim 72 - Vítima: Sim 73 - Vítima: Sim 74 - Vítima: Sim 75 - Vítima: Sim 76 - Vítima: Sim 77 - Vítima: Sim 78 - Vítima: Sim 79 - Vítima: Sim 80 - Vítima: Sim 81 - Vítima: Sim 82 - Vítima: Sim 83 - Vítima: Sim 84 - Vítima: Sim 85 - Vítima: Sim 86 - Vítima: Sim 87 - Vítima: Sim 88 - Vítima: Sim 89 - Vítima: Sim 90 - Vítima: Sim 91 - Vítima: Sim 92 - Vítima: Sim 93 - Vítima: Sim 94 - Vítima: Sim 95 - Vítima: Sim 96 - Vítima: Sim 97 - Vítima: Sim 98 - Vítima: Sim 99 - Vítima: Sim 100 - Vítima: Sim 101 - Vítima: Sim 102 - Vítima: Sim 103 - Vítima: Sim 104 - Vítima: Sim 105 - Vítima: Sim 106 - Vítima: Sim 107 - Vítima: Sim 108 - Vítima: Sim 109 - Vítima: Sim 110 - Vítima: Sim 111 - Vítima: Sim 112 - Vítima: Sim 113 - Vítima: Sim 114 - Vítima: Sim 115 - Vítima: Sim 116 - Vítima: Sim 117 - Vítima: Sim 118 - Vítima: Sim 119 - Vítima: Sim 120 - Vítima: Sim 121 - Vítima: Sim 122 - Vítima: Sim 123 - Vítima: Sim 124 - Vítima: Sim 125 - Vítima: Sim 126 - Vítima: Sim 127 - Vítima: Sim 128 - Vítima: Sim 129 - Vítima: Sim 130 - Vítima: Sim 131 - Vítima: Sim 132 - Vítima: Sim 133 - Vítima: Sim 134 - Vítima: Sim 135 - Vítima: Sim 136 - Vítima: Sim 137 - Vítima: Sim 138 - Vítima: Sim 139 - Vítima: Sim 140 - Vítima: Sim 141 - Vítima: Sim 142 - Vítima: Sim 143 - Vítima: Sim 144 - Vítima: Sim 145 - Vítima: Sim 146 - Vítima: Sim 147 - Vítima: Sim 148 - Vítima: Sim 149 - Vítima: Sim 150 - Vítima: Sim 151 - Vítima: Sim 152 - Vítima: Sim 153 - Vítima: Sim 154 - Vítima: Sim 155 - Vítima: Sim 156 - Vítima: Sim 157 - Vítima: Sim 158 - Vítima: Sim 159 - Vítima: Sim 160 - Vítima: Sim 161 - Vítima: Sim 162 - Vítima: Sim 163 - Vítima: Sim 164 - Vítima: Sim 165 - Vítima: Sim 166 - Vítima: Sim 167 - Vítima: Sim 168 - Vítima: Sim 169 - Vítima: Sim 170 - Vítima: Sim 171 - Vítima: Sim 172 - Vítima: Sim 173 - Vítima: Sim 174 - Vítima: Sim 175 - Vítima: Sim 176 - Vítima: Sim 177 - Vítima: Sim 178 - Vítima: Sim 179 - Vítima: Sim 180 - Vítima: Sim 181 - Vítima: Sim 182 - Vítima: Sim 183 - Vítima: Sim 184 - Vítima: Sim 185 - Vítima: Sim 186 - Vítima: Sim 187 - Vítima: Sim 188 - Vítima: Sim 189 - Vítima: Sim 190 - Vítima: Sim 191 - Vítima: Sim 192 - Vítima: Sim 193 - Vítima: Sim 194 - Vítima: Sim 195 - Vítima: Sim 196 - Vítima: Sim 197 - Vítima: Sim 198 - Vítima: Sim 199 - Vítima: Sim 200 - Vítima: Sim 201 - Vítima: Sim 202 - Vítima: Sim 203 - Vítima: Sim 204 - Vítima: Sim 205 - Vítima: Sim 206 - Vítima: Sim 207 - Vítima: Sim 208 - Vítima: Sim 209 - Vítima: Sim 210 - Vítima: Sim 211 - Vítima: Sim 212 - Vítima: Sim 213 - Vítima: Sim 214 - Vítima: Sim 215 - Vítima: Sim 216 - Vítima: Sim 217 - Vítima: Sim 218 - Vítima: Sim 219 - Vítima: Sim 220 - Vítima: Sim 221 - Vítima: Sim 222 - Vítima: Sim 223 - Vítima: Sim 224 - Vítima: Sim 225 - Vítima: Sim 226 - Vítima: Sim 227 - Vítima: Sim 228 - Vítima: Sim 229 - Vítima: Sim 230 - Vítima: Sim 231 - Vítima: Sim 232 - Vítima: Sim 233 - Vítima: Sim 234 - Vítima: Sim 235 - Vítima: Sim 236 - Vítima: Sim 237 - Vítima: Sim 238 - Vítima: Sim 239 - Vítima: Sim 240 - Vítima: Sim 241 - Vítima: Sim 242 - Vítima: Sim 243 - Vítima: Sim 244 - Vítima: Sim 245 - Vítima: Sim 246 - Vítima: Sim 247 - Vítima: Sim 248 - Vítima: Sim 249 - Vítima: Sim 250 - Vítima: Sim 251 - Vítima: Sim 252 - Vítima: Sim 253 - Vítima: Sim 254 - Vítima: Sim 255 - Vítima: Sim 256 - Vítima: Sim 257 - Vítima: Sim 258 - Vítima: Sim 259 - Vítima: Sim 260 - Vítima: Sim 261 - Vítima: Sim 262 - Vítima: Sim 263 - Vítima: Sim 264 - Vítima: Sim 265 - Vítima: Sim 266 - Vítima: Sim 267 - Vítima: Sim 268 - Vítima: Sim 269 - Vítima: Sim 270 - Vítima: Sim 271 - Vítima: Sim 272 - Vítima: Sim 273 - Vítima: Sim 274 - Vítima: Sim 275 - Vítima: Sim 276 - Vítima: Sim 277 - Vítima: Sim 278 - Vítima: Sim 279 - Vítima: Sim 280 - Vítima: Sim 281 - Vítima: Sim 282 - Vítima: Sim 283 - Vítima: Sim 284 - Vítima: Sim 285 - Vítima: Sim 286 - Vítima: Sim 287 - Vítima: Sim 288 - Vítima: Sim 289 - Vítima: Sim 290 - Vítima: Sim 291 - Vítima: Sim 292 - Vítima: Sim 293 - Vítima: Sim 294 - Vítima: Sim 295 - Vítima: Sim 296 - Vítima: Sim 297 - Vítima: Sim 298 - Vítima: Sim 299 - Vítima: Sim 300 - Vítima: Sim 301 - Vítima: Sim 302 - Vítima: Sim 303 - Vítima: Sim 304 - Vítima: Sim 305 - Vítima: Sim 306 - Vítima: Sim 307 - Vítima: Sim 308 - Vítima: Sim 309 - Vítima: Sim 310 - Vítima: Sim 311 - Vítima: Sim 312 - Vítima: Sim 313 - Vítima: Sim 314 - Vítima: Sim 315 - Vítima: Sim 316 - Vítima: Sim 317 - Vítima: Sim 318 - Vítima: Sim 319 - Vítima: Sim 320 - Vítima: Sim 321 - Vítima: Sim 322 - Vítima: Sim 323 - Vítima: Sim 324 - Vítima: Sim 325 - Vítima: Sim 326 - Vítima: Sim 327 - Vítima: Sim 328 - Vítima: Sim 329 - Vítima: Sim 330 - Vítima: Sim 331 - Vítima: Sim 332 - Vítima: Sim 333 - Vítima: Sim 334 - Vítima: Sim 335 - Vítima: Sim 336 - Vítima: Sim 337 - Vítima: Sim 338 - Vítima: Sim 339 - Vítima: Sim 340 - Vítima: Sim 341 - Vítima: Sim 342 - Vítima: Sim 343 - Vítima: Sim 344 - Vítima: Sim 345 - Vítima: Sim 346 - Vítima: Sim 347 - Vítima: Sim 348 - Vítima: Sim 349 - Vítima: Sim 350 - Vítima: Sim 351 - Vítima: Sim 352 - Vítima: Sim 353 - Vítima: Sim 354 - Vítima: Sim 355 - Vítima: Sim 356 - Vítima: Sim 357 - Vítima: Sim 358 - Vítima: Sim 359 - Vítima: Sim 360 - Vítima: Sim 361 - Vítima: Sim 362 - Vítima: Sim 363 - Vítima: Sim 364 - Vítima: Sim 365 - Vítima: Sim 366 - Vítima: Sim 367 - Vítima: Sim 368 - Vítima: Sim 369 - Vítima: Sim 370 - Vítima: Sim 371 - Vítima: Sim 372 - Vítima: Sim 373 - Vítima: Sim 374 - Vítima: Sim 375 - Vítima: Sim 376 - Vítima: Sim 377 - Vítima: Sim 378 - Vítima: Sim 379 - Vítima: Sim 380 - Vítima: Sim 381 - Vítima: Sim 382 - Vítima: Sim 383 - Vítima: Sim 384 - Vítima: Sim 385 - Vítima: Sim 386 - Vítima: Sim 387 - Vítima: Sim 388 - Vítima: Sim 389 - Vítima: Sim 390 - Vítima: Sim 391 - Vítima: Sim 392 - Vítima: Sim 393 - Vítima: Sim 394 - Vítima: Sim 395 - Vítima: Sim 396 - Vítima: Sim 397 - Vítima: Sim 398 - Vítima: Sim 399 - Vítima: Sim 400 - Vítima: Sim 401 - Vítima: Sim 402 - Vítima: Sim 403 - Vítima: Sim 404 - Vítima: Sim 405 - Vítima: Sim 406 - Vítima: Sim 407 - Vítima: Sim 408 - Vítima: Sim 409 - Vítima: Sim 410 - Vítima: Sim 411 - Vítima: Sim 412 - Vítima: Sim 413 - Vítima: Sim 414 - Vítima: Sim 415 - Vítima: Sim 416 - Vítima: Sim 417 - Vítima: Sim 418 - Vítima: Sim 419 - Vítima: Sim 420 - Vítima: Sim 421 - Vítima: Sim 422 - Vítima: Sim 423 - Vítima: Sim 424 - Vítima: Sim 425 - Vítima: Sim 426 - Vítima: Sim 427 - Vítima: Sim 428 - Vítima: Sim 429 - Vítima: Sim 430 - Vítima: Sim 431 - Vítima: Sim 432 - Vítima: Sim 433 - Vítima: Sim 434 - Vítima: Sim 435 - Vítima: Sim 436 - Vítima: Sim 437 - Vítima: Sim 438 - Vítima: Sim 439 - Vítima: Sim 440 - Vítima: Sim 441 - Vítima: Sim 442 - Vítima: Sim 443 - Vítima: Sim 444 - Vítima: Sim 445 - Vítima: Sim 446 - Vítima: Sim 447 - Vítima: Sim 448 - Vítima: Sim 449 - Vítima: Sim 450 - Vítima: Sim 451 - Vítima: Sim 452 - Vítima: Sim 453 - Vítima: Sim 454 - Vítima: Sim 455 - Vítima: Sim 456 - Vítima: Sim 457 - Vítima: Sim 458 - Vítima: Sim 459 - Vítima: Sim 460 - Vítima: Sim 461 - Vítima: Sim 462 - Vítima: Sim 463 - Vítima: Sim 464 - Vítima: Sim 465 - Vítima: Sim 466 - Vítima: Sim 467 - Vítima: Sim 468 - Vítima: Sim 469 - Vítima: Sim 470 - Vítima: Sim 471 - Vítima: Sim 472 - Vítima: Sim 473 - Vítima: Sim 474 - Vítima: Sim 475 - Vítima: Sim 476 - Vítima: Sim 477 - Vítima: Sim 478 - Vítima: Sim 479 - Vítima: Sim 480 - Vítima: Sim 481 - Vítima: Sim 482 - Vítima: Sim 483 - Vítima: Sim 484 - Vítima: Sim 485 - Vítima: Sim 486 - Vítima: Sim 487 - Vítima: Sim 488 - Vítima: Sim 489 - Vítima: Sim 490 - Vítima: Sim 491 - Vítima: Sim 492 - Vítima: Sim 493 - Vítima: Sim 494 - Vítima: Sim 495 - Vítima: Sim 496 - Vítima: Sim 497 - Vítima: Sim 498 - Vítima: Sim 499 - Vítima: Sim 500 - Vítima: Sim 501 - Vítima: Sim 502 - Vítima: Sim 503 - Vítima: Sim 504 - Vítima: Sim 505 - Vítima: Sim 506 - Vítima: Sim 507 - Vítima: Sim 508 - Vítima: Sim 509 - Vítima: Sim 510 - Vítima: Sim 511 - Vítima: Sim 512 - Vítima: Sim 513 - Vítima: Sim 514 - Vítima: Sim 515 - Vítima: Sim 516 - Vítima: Sim 517 - Vítima: Sim 518 - Vítima: Sim 519 - Vítima: Sim 520 - Vítima: Sim 521 - Vítima: Sim 522 - Vítima: Sim 523 - Vítima: Sim 524 - Vítima: Sim 525 - Vítima: Sim 526 - Vítima: Sim 527 - Vítima: Sim 528 - Vítima: Sim 529 - Vítima: Sim 530 - Vítima: Sim 531 - Vítima: Sim 532 - Vítima: Sim 533 - Vítima: Sim 534 - Vítima: Sim 535 - Vítima: Sim 536 - Vítima: Sim 537 - Vítima: Sim 538 - Vítima: Sim 539 - Vítima: Sim 540 - Vítima: Sim 541 - Vítima: Sim 542 - Vítima: Sim 543 - Vítima: Sim 544 - Vítima: Sim 545 - Vítima: Sim 546 - Vítima: Sim 547 - Vítima: Sim 548 - Vítima: Sim 549 - Vítima: Sim 550 - Vítima: Sim 551 - Vítima: Sim 552 - Vítima: Sim 553 - Vítima: Sim 554 - Vítima: Sim 555 - Vítima: Sim 556 - Vítima: Sim 557 - Vítima: Sim 558 - Vítima: Sim 559 - Vítima: Sim 560 - Vítima: Sim 561 - Vítima: Sim 562 - Vítima: Sim 563 - Vítima: Sim 564 - Vítima: Sim 565 - Vítima: Sim 566 - Vítima: Sim 567 - Vítima: Sim 568 - Vítima: Sim 569 - Vítima: Sim 570 - Vítima: Sim 571 - Vítima: Sim 572 - Vítima: Sim 573 - Vítima: Sim 574 - Vítima: Sim 575 - Vítima: Sim 576 - Vítima: Sim 57



1

CDD BOA VISTA RR

GLEIDE SOUSA MARTINS
RUA JOSE QUEIROZ,1943
BURITIS
69309-207 BOA VISTA - RR



7213512820955370000003153030040419

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Almir Lângelo Alves do Carmo,
RG nº 139.974, data de expedição 29/01/15,
Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 649.806.852-39, com
domicílio na cidade de Capivira, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. José Queiroz, nº 1943,
complemento APT:03, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Glaide Sávio Martins, cujo o condutor era
Glaide Sávio Martins.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: Renda - HONDA CG150 FAN ESI
Ano: 2010/2010
Placa: NAN-8419
Chassi: AC9KCL550AR183201
Data do Acidente: 05-04-2019
Local e Data: AV. MARIA HOMEM DE MELO
Caímbe.

07.08.2019

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DANIEL AQUINO

131.765-50464120044

Reconheço por VERDADEIRA(s) firma(s)

"ALMIR LÂNGELO ALVES DO CARMO"

Cartório do 2º Ofício de Fazenda
Domini Antônio Taveira e Ribeiro
Av. Antônio Taveira, 4367 - Ave Branca
Fone: 4001-3047-8286
Info@carvalhoautenticadigital.com.br

Em testemunha da verdade, BPO
De que dou fô. Beira Vista/RJ, 07 de agosto de 2019.
Consulta este(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalseion.com.br
REC/FIR156298YDHUPK10BV749Z21 /

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos/ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

