

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000029529-9

Nr. da Autenticação 3B28094388E225F6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190497245 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR DIREITO.
FRATURA DE TIBIA E FIBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA/FIXAÇÃO EXTERNA.
E ALTA MÉDICA P.02/07/10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM P.11/12/13

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

Paciente: José dos Reis Pereira de Souza Idade: 45 Sexo: Masculino
Nacionalidade: Brasileiro
Endereço: Rua Belga c/ Paraguai Bairro: Jauacá
Nº 3996 DATA: 12/03/19 HORA J9: 15:55 BASE: X VIA: () RÁDIO
Médico (a) Regulador (a): Enio HORA J10: 16:01 CELULAR: ()

MOTIVO
INICIAL

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- Acidente de trânsito Urgência psiquiátrica Quelmadura Urgência obstétrica
 Agressão física / espancamento Tentativa de suicídio Choque elétrico Transferência
 Agressão física – FAF Envenenamento Queda Exame complementar
 Agressão física – FAB Afogamento Urgência clínica Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Animal	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

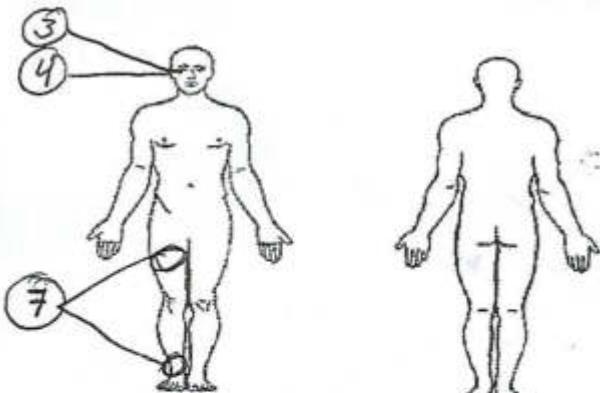
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardico <input type="checkbox"/> Taquicardico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Tequipneia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro: _____	(X) SVA	<input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
		(X) SVA	(X) SVA

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio	120x80 x 90	118	12	98				
Fim	102x81 x 90	118	12	98				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

- LESÃO IDENTIFICADA
- Dor
 - Hematoma
 - Contusão
 - Escoriação
 - Lacerção
 - Luxação
 - Fratura fechada
 - Fratura exposta
 - Amputação
 - Evisceração
 - Afundamento de crânio
 - Ferimento penetrante
 - Tórax instável
 - Enfisema subcutâneo
 - Ferida aspirativa
 - Empalamento
 - Outros



ABERTURA OCULAR

- Espontânea
3 - Ao comando
2 - À dor
1 - Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
4 - Confuso
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
5 - Localiza a dor
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal
2 - Extensão anormal
1 - Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDIÁCA

- Rítmo Sinusal FV
 Taquicardia Sinusal TV
 Flutter Atrial AESP
 Fibrilação atrial Assistolia

AFEÇÃO CLÍNICA

- Neurológica Metabólica
 Respiratória Infecciosa
 Cardiovascular HAS
 Digestiva

HISTÓRIA PEGRESSA

- Diabetes Alergias
 Cardiopatia Outros
 HAS
 Medicinação de uso

GRAVIDADE
COMPROVADA

[] Ileso

[] Pequena

[] Média

[] Severa

[] Óbilo

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTES

- [] Cancelamento
 Recusa de Atendimento / [] Hospitalização
 Não se encontrava no local
 Trote

MEIOS
ACIONADOS

- [] Polícia Militar
 Guarda Municipal
 SMTRAN

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

EM 26/07/19
[] Outros:
Andrade A
Bento

15 AGO. 2019

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

EM 26/10/19
Andrea P.
Rubrica

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante					
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal				
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:				
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco nº ____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº ____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Reperonina	2gr	EV					
Toraxican	90mg	EV					

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Relatório Médico: Paciente Vitima de acidente de trânsito. Por cálculo malavido. Apresenta Fraturas fechadas no fêmur e tibial e fratura aberta com deslocamento. Possui traumas ósseos e diminuição da sensibilidade. Foi tratado com imobilização cervical com colar cervical e realizada imobilização de membros inferiores com prancha MMII. No momento da intubação realizada com intubação endotracheal com BAG LOT 6789 + intubação do colar cervical ACV: B C R R NF 9715. Realizada imobilização de membros inferiores com acesso venoso periférico. Adm. i.v. A.B: Inocente com RHMGA. Fazendo analgesia + imobilização com gelo. No exame físico não há lesões fisiológicas. Apesar de não evidenciar-se desvio da caluna lombar. Microseds. Refere dor lombago. Conduzido ao GT/HGR em URG 169. Histerosil, 01 fuso, 01 equilíbrio, 01 macro, 01 longo e agulha de 20x12 mm. P. 08 horas sem lubrificação. Nefroscopia, 04 lentes med. P. 08 horas e transporte adm. hidrocobal. M 02 agulhas 60x12 algodão e gelpack, 01 gelo 16, 03 moxas, 15cm. Assinatura e carimbo do profissional

Dr. Julio Heredia A.
Médico CRM-RR 1328

12 MAR 2019

15 AGO. 2019



GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA OS DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRAÇILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME: José dos Reis Pereira de Souza - 45a

Declaro para os devidos fins que o paciente acima iniciou tratamento fisioterapêutico nesta unidade em 07/08/2019 no período vespertino devido sequela de fratura em fêmur, tíbia e fíbula "D" nos dias de segunda e quinta feira.

DATA: 12/08/2019

S
Naara Fontoura
FISIOTERAPEUTA
CREFI: 112998-F

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Teive nº 6459 – Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 – Boa Vista – Roraima - Brasil
(0xx95) 3625-0794/3627-7196

15 AGO. 2019

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

1^ª Classificação Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

1901083269	12/03/2019 12:42:17	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	19
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	CPF	Prontuário
JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA		06/01/1974		45 A 2 M 6 D		705007281104958	60439173272	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade	
IGNORADO 113864		SSP/RR	15/04/1996	M	DIVORCIADO	PARDA	NACIONALIDADE	BRASILEIRA
Mãe				Pal		Contato		
FRANCISCA PEREIRA DE SOUSA				GERALDO VENANCIO		(95) 99171-7955		
Endereço						Ocupação		
RUA - ITAPURANGA - CONJUNTO MANAÍRA - 104 -- BOA VISTA - RR						NÃO INFORMADA		
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização		Sis. Prenatal
Motivo do Atendimento		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor		URGÊNCIA						
GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada	SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.	Registrado por:		
Quexa Principal		() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue						

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Paciente sofreu acidente por colisão moto x carro, trezido pelo SAMU em prancho juntado q colhe cervo col, relata uso de capacete. Afixa-se de dor em colo (D), já imobilizado pelo SAMU. N/ alergia

Exame Físico

A - verbalizou dor em cervical; B - clávico, MVT bil SVA, SatO₂ 98%, C - hemodinamicamente estável, FC - 88bpm; D - Glasgow 15; e - descolamento em fêmur (D)

Hipótese Diagnóstica

fx de fêmur (D).

SADT - Exames Complementares

RAIOS-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

① Drenagem de (D) díl.
② Téroxolan 1000 (D) díl

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Fato

Fato Sane



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

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

Conduta

Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transferência para: Ortopedia

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família

IMC Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Claudio Lemos
Cirurgia Geral
CRM-RR 1419



Impresso por: daniel.viana
Data e hora: 12/03/2019 12:44:11

BRON: Sistema de Atendimento
Rev. 4.2.1 - 08/2018

15 AGO. 2019

Voo de
Dr. Dulson Feitosa
Ortopedia- Traumatologia
CRA-RR 1178



15 AGO. 2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 15/08/19 O.S. _____

Jáli dae Quil Pernu
Senz

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Rx da Pernu

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: h MC + FE

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Fratura diafisária de Tíbia + TNZ + Fratura

CIRURGÃO: Dr. Dalcem

1º auxiliar: Dr. Fernando

2º auxiliar: Dr. Dalcem

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM: DURAÇÃO:

1. Dente em DDH visto via óssea

RELATÓRIO CIRÚRGICO

2. Ag + CCE

Dr. foi alinhado durante o controle rotacional
que o ponto operatório multipli Rx com furação

que um ponto facilitou a colocação do FE

3. h MC +

Guma + Cunhado

4. A RPD

Dr. Dalcem Peixoto
Cirurgião Dentista
CRM-RJ 1178Dr. Fernando Rezende
Médico Reumatologista
CRM-RJ 1294

15 AGO. 2019



José dos Reis Reis de Souza

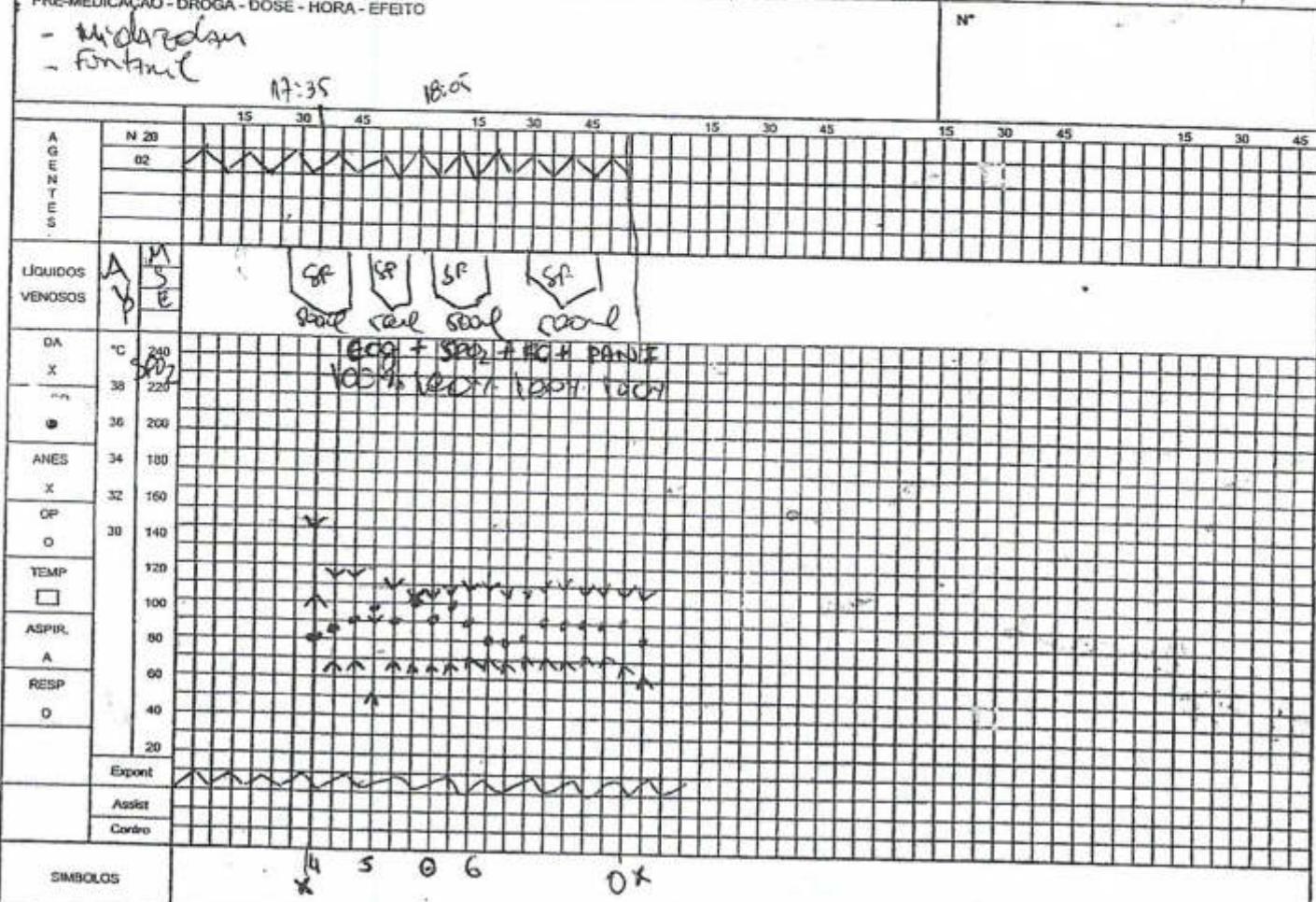
12/03/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- Midazolam
- Fentanyl

17:35 18:05

Nº



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Midazolam		Raqueanestesia com Bupivacaina lipofílica 0,5%.	X check ECG + monitorização
B Fentanyl		Ang. Arterial lombária sob monitorização ECG + NIBP	① Suporte de Oz. Sos cateter
C			② Indução Anestesia com Fentanyl 100ug e Midazolam 0,05
D			③ Raqueanestesia: Atroposina + Anticholinérgicos de logarés lombária com cloridrato Algodico. Colocação de catéteres extênuis: Puncão com agulha 26 de aço inox, ondas 22/163, 1,5 cm de comprimento; Injeção de Bupivacaina 0,5% 17mg
E			
F			
G			
GLUCOSE	UÍQUIDOS	Câmla - Naso / Oro Faringea Naso / Orotráqueal - Cega	Laringo - Espasmo - Excesso Secre
HCDO		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	Depressão Respiratória - Hipoxia
SANGUE		Sob Máscara	"Bucking" - Vômito
		Dificuldade Técnica	Hemorragia - Arritmia
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	Bradí Taquicardia - Choque
OPERAÇÃO		17:35 ~ 18:50	
<p>Redução de fraturas em Réun</p>			
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIAO	PERDA SANGUÍNEA
		Dr. Dalton	

Dr. Adonias Resende
Médico Anestesiologista
CRM-RR 1503 - RG 213

Carlos Alberto Jr.
Residente Anestesiologista
CRM-RR 20800

15 AGO. 2019

- bloqueio satisfatório
④ ondas satisfeitas
⑤ afecções
⑥ cefalofrias
⑦ encamamento A RIA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE José dos Reis Pinima de Souza, 45a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 12/03/13
--	--------------	------------------	------------------

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO 18:10	FIM 18:55	TEMPO TOTAL
Lamego em cirurgia + gesso			
CIRURGIÃO Dr. Odilon			
1º AUXILIAR			
2º AUXILIAR			
TIPO DE ANESTESIA: Raqui			
CIRCULANTE Jocomo e Robson			
TEMPO DE DURAÇÃO:			

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODAO SEM AGULHA Nº
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	10m		FIO ALGODAO COM AGULHA Nº
	LÂMINA BISTURI Nº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML	100ml		Agulha de Raqui
	SERINGA 03ML	100ml Nº 20		SURGICEL
	SERINGA 05 ML			CERA P/ OSSO
	SERINGA 10ML			KIT CATARATA Nº
	SERINGA 20ML			GEOFOAM
				FITA CARDIACA
				OUTROS:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE Erika Bruno	MATERIAL MEDICAMENTOS SUB- TOTAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Jocomo e Robson	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA SOMA ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

15 AGO. 2019

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Tto cirúrgico da Frat. Exp. da Fíbula (D) e Fixação da Fixador Externo

Data: 12/03/19

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Yosi dos Reis Purina da Sena Idade 45

Bloco: O.T Enfermaria — Leito: —

Caixa: — Nº —

Circulante: Robson Souza Sala 01

Conferência Expurgio CME:

Material Utilizado:

Fixador Externo da 400

Lote: 009545 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 100 X T

Feb.28/12/2018 Val.12/2023
Registro Anvisa N° 80083650026
Material ACO INOX F138

Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.lnd.br

Lote: 005445 Código: F08 3 200
SISTEMA DE FIXACAO OSSEIA
SARTORI - LINEFIX

FEMUR/BACIA T 400 - ESTERIL
Feb.29/10/2018 Val.10/2023
Registro Anvisa N° 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.lnd.br

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

15 AGO. 2019

76.4%

Vision

18/07/2019

HOSPITAL CORONEL MOTA

7843

JOSE DOS REIS

D

E

JOSE DOS REIS

7843

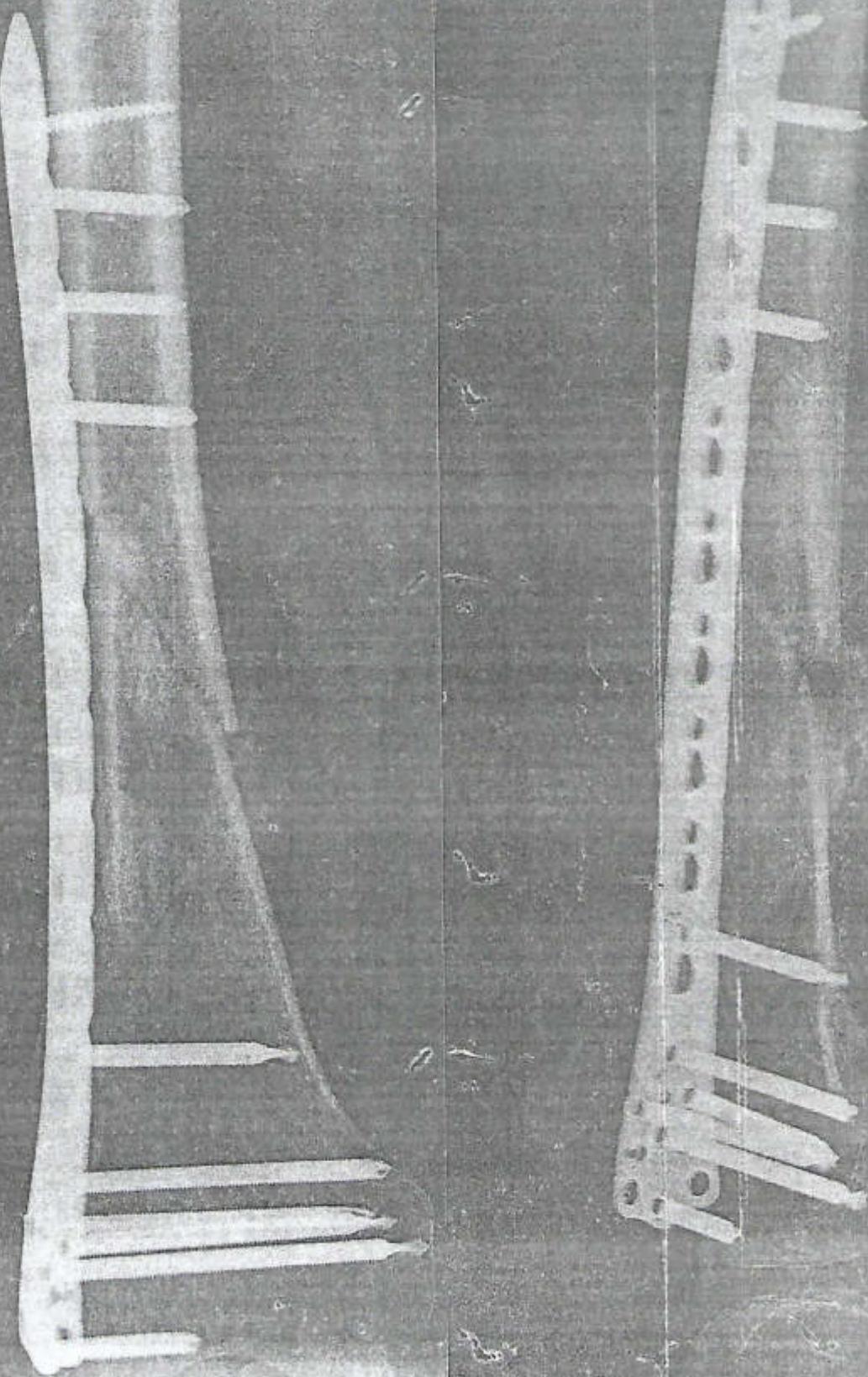
HOSPITAL CORONEL MOTA

18/07/2019

Wilson

61.7 %

D



18/07/2019

61,7 %

18/07/2019

61,7 %

JOSE DOS REIS

7843

HOSPITAL CORONEL MOTA

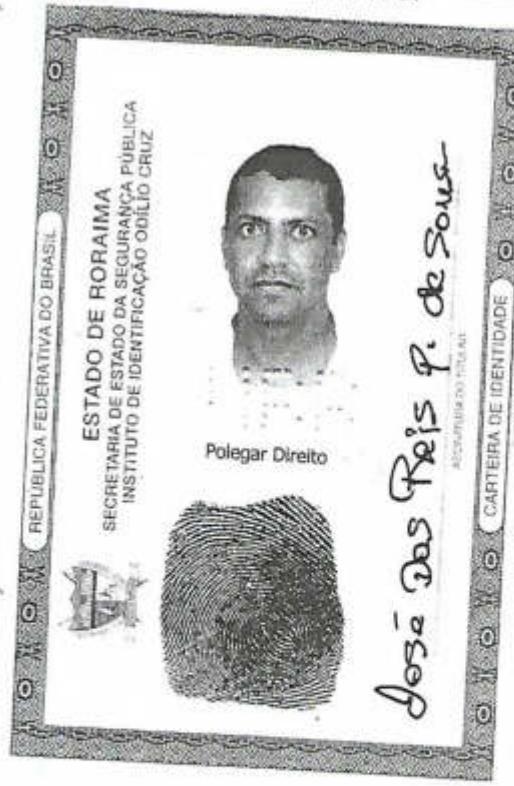
Vision

Eu José dos Reis Pereira de Souza, RG: 113.864
SSP/RR, CPF: 604.391.732-72, Pessoa que
a Seguradora Lider - DPVAT, Realizou meu
Processo Pela não Haver Pereiro e o Valor na
qual Recebi é Inferior ao Direito que Tenho, Tendo
em Vista ter recebido apenas 2362,50, Pessoa
que Pereiro Para Poder atuar minha Lesão
Definida em 12/03/2019.

Belo Horizonte, 08 de Novembro 2019

25 NOV. 2019

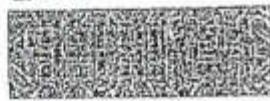
José dos Reis P. de Souza



15 AGO. 2019

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096



JOAQUIM S. SOUZA

JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

010246
IP REGISTRO: 01010912304
VALOR: 28/01/2021
"HABILITACAO" 15/12/1999

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190497245 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR DIREITO.
FRATURA DE TIBIA E FIBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA/FIXAÇÃO EXTERNA.
E ALTA MÉDICA P.02/07/10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM P.11/12/13

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	<i>José valos Reis Pereira de Souza</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileiro</i>
PROFISSÃO:	<i>Autônomo</i>
IDENTIDADE:	<i>113864 SSP-RR</i>
ENDEREÇO:	<i>Rua: José Alber Sampaio, 1613, Senador Helio Campos</i>

OUTORGADO

NOME:	<i>Flávia Inácio de Souza</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileira</i>
PROFISSÃO:	<i>Autônomo</i>
IDENTIDADE:	<i>112.807 SSP-RR</i>
ENDEREÇO:	<i>Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Burelis</i>

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 12 / 03 / 2019, cobertura Invalidade, vitima: José dos Reis Pereira de Souza.

Boa Vista - RR 15.08.2019

LOCAL E DATA



José dos Reis P. de Souza

ASSINATURA DO OUTORGANTE



**DANIEL
AQUINO**

34174-54555df2ed5fc
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)

JOSÉ DOS REIS PEREIRA DE SOUZA

Em testemunho da verdade, BPO

do que deu fôr: Boa Vista-RR, 15 de agosto de 2019.

Consulta o(s) selo(s) abaixo em cidadão.portaldeseio.com.br

MEC/FIR/168298V387AAABLGO1969 /

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

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Antônio Teles, 2567 - Ass. Beira - Boa Vista - RR
Fone: (65) 3627-4206
E-mail: boavista@cartorioaquinodaniel.com.br

134V/14

Flávia Barbara dos Santos
Fazente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292089/19

Vítima: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

CPF: 604.391.732-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/03/2019

Titular do CPF: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA : 604.391.732-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/08/2019
Nome: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA
CPF: 604.391.732-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

MANOEL COELHO NETO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292089/19

Número do Sinistro: 3190497245

Vítima: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

CPF: 604.391.732-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/03/2019

Titular do CPF: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ILOIR INACIO DE SOUZA

MANOEL COELHO NETO

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, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497245

Vítima: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497245

Vítima: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

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, 01 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190497245**

Vítima: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000004263-3

Conta: 0000029529-9

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497245

Vítima: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

604.391.732-72

Nome completo da vítima:

José dos Reis Pereira de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 045/2012

Nome completo:

José dos Reis Pereira de Souza

Profissão:

autônomo

Endereço:

Rua: José Alber Sampro

CPF:

604.391.732-72

Bairro:

Semader H. Camps

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

Número:

1613

Complemento:

casa

E-mail:

ILOIRR@HOTMAIL.COM

CEP:

69.316-508

Tel.(DDD):

(95) 98403-5060

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

 RECUSO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bracel

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA:

29529

9

(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 de 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

 Vivos: Falecidos:

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.

 Local e Data: Boa Vista - RR, 15/08/2019
 Nome: José dos Reis Pereira de Souza
 CPF: 604.391.732-72

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025435/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/08/2019 09:57 Data/Hora Fim: 14/08/2019 10:37
Crédito: Polícia Judiciária Data: 14/08/2019
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Autor: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/03/2019 11:30

Lugar do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cauamé

Logradouro: Bélgica

Complemento: Cruzamento com à Rue Paraguai

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1005: Automóvel - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: TO - Augustinópolis Sexo: Masculino Nasc: 06/01/1974
Profissão: A. ônomo Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: I (vôciado(a))

Nome da Mãe: Francisca Pereira de Sousa

Nome do Pai: Geraldo Venâncio Morais

Documento

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 604.391.732-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 1613

Logradouro: Rua: José Alber Sampaio

Complemento: Casa

Bairro: Senador Hélio Campos

CEP: 69.316-508

Telefone: (65) 9911-37056 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 775.469.383-68

Placa: NUJ-7637

Renavam: 01160331409

Número do Motor: JC48E3J032767

Número do Chassi: 9C2JC4330JR032750

Ano/Modelo Fabricação: 2018/2018

Cor: BRANCA

UF Veículo: Roraima

Município: Veículo: Boa Vista

Marca/Modelo: HONDA/BIZ 125

Modelo: HONDA/BIZ 125

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Meio Empregado

Nome Envoltório:

Envoltórios

José dos Reis Pereira de Sousa

Possuidor

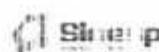
Delegado de Polícia Civil: Alexander Lopes da Silva

Impresso por: Jefferson Lino Araújo

Data de impressão: 14/08/2019 11:07

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

15 AGO. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025435/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 02145544134), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo à motocicleta também já descrita acima e que es à em nome de KARLA FLORENCIO DO CARMO SILVA. Que em referido cruzamento, onde não há placas de sinalização, foi colidido por um veículo modelo FIAT STRADA, que trafegava na Rua Faragual. Que o motorista logo após à colisão foi embora, mas depois voltou. Que sabe informar mais nenhuma característica identificadora do outro veículo envolvido. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido pelo SAMU até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS
DAT

14/08/2019

José dos Reis Pereira da Scusa
(Comunicação / Vítima)

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações fornecidas e ciente que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme prevista nos Artigos 339-Desmunição Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contrivé (ão do Código Penal Brasileiro.)"

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

604.391.732-72

Nome completo da vítima:

José dos Reis Pereira de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 04/2012

Nome completo:

José dos Reis Pereira de Souza

Profissão:

autônomo

Endereço:

Rua: José Alber Sampaio

CPF:

604.391.732-72

Bairro:

Senador H. Campes

Cidade:

Bonito

Estado:

RR

Número:

1613

Complemento:

casa

E-mail:

ILORRRR@HOTMAIL.COM

CEP:

69.316-508

Tel.(DDD):

(95) 98403-5060

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 4263

3

CONTA: 29529

9

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUĐO 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 por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos/ Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Assinatura
Nome
CPF
Data de Nascimento
Lugar de Nascimento

Local e Data: Bonito - RR, 15/08/2019
Nome: José dos Reis Pereira de Souza
CPF: 604.391.732-72

(*) Assinatura de quem assina o RODO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Paciente: Jose dos Reis Pereira de Souza Idade: 45 Sexo: M
 Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia
 Endereço: Rua Belga e Paraguai Bairro: Caicó

Nº 3994 DATA 21/03/19 HORA AT: 11:55 BASE AVIA () RÁDIO ()
 Médico (a) Regulador (a): Eno HORA J10: 01/01 CELULAR ()

**MOTIVO
INICIAL**

NÍCIO DOS SINTOMAS: Manos de 1 hora [X] 1 a 3 horas [] 4 a 24 horas [] Mais de 24 horas [] Não sabe []

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- Acidente de trânsito [] Urgência psiquiátrica [] Queimadura [] Urgência obstétrica
 Agressão física / esganecimento [] Tentativa de suicídio [] Choque elétrico [] Transtorno
 Agressão física - FAF [] Envenenamento [] Queda [] Exame complementar
 Agressão física - FAB [] Alagamento [] Urgência clínica [] Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Assento para criança
<input type="checkbox"/> Ciclista		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	

AVALIAÇÃO INICIAL

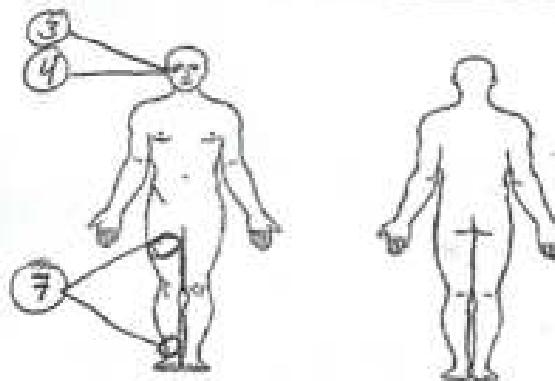
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLOGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Admissão	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Mímica
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Disponível	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 3"	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> IPulse radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> IC
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> IPulse central ausente	<input type="checkbox"/> Aparência Alcoólica
<input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
	00 SIA	00 SIA	00 SIA

SINAIS VITais E ENODRES

Horas	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Bpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Bas. visual "DOR"	Glasgow
Inicio	120/80 160x90	118	12	98				
Fim	130/80 140x90	118	12	98				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea
2 - Hematoma	<input type="checkbox"/> Ao comando
3 - Contusão	<input type="checkbox"/> À dor
4 - Escoriação	<input type="checkbox"/> Bem resposta
5 - Lacerção	
6 - Luxação	
7 - Fratura fechada	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada
8 - Fratura exposta	<input type="checkbox"/> Confusa
9 - Ampulhetação	<input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas
10 - Evacucação	<input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis
11 - Alimentação de entero	<input type="checkbox"/> Bem resposta
12 - Fimbraria penetrante	
13 - Tórax instável	
14 - Enfisema subcutâneo	
15 - Fenda aspirativa	
16 - Empalamento	
17 - Outros	



AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PÉDRESSA
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal [] PV	<input type="checkbox"/> Neurológica [] Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes [] Alergias
<input type="checkbox"/> Turtulocardiia Sinusal [] TV	<input type="checkbox"/> Respiratória [] Infecções	<input type="checkbox"/> Cardiopatia [] Outros
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial [] AERP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular [] Infarto	<input type="checkbox"/> HAS []
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial [] Atrial fibrillation	<input type="checkbox"/> Digestivo []	<input type="checkbox"/> Hipertensão de uso
GRANDEZA COMPROVADA	<input type="checkbox"/> Pequeno [] Pequeno	<input type="checkbox"/> Dolorosa []
		<input type="checkbox"/> Dolorosa []



Assinatura e Câmera Digital (Unidade de Destino)

- Consultamento
 Recusa de Atendimento / Hospitalização
 Não se encontrava no local
 Trote

**SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL**
 Entrega 26/07/19
 Assinatura: Andrade A

15 AGO. 2019

TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou PROVOCANDO o atestamento, meus depoimentos pelo RG: 56104 Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	
	TESTEMUNHA 01: _____	RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____	RG: _____
	 Andreia P. Faria	

Relatório Medicos: Paciente Vittufo de Sáclito de
 Encerrado por calvário Molar. V. Lento apresentar
 Fraturas Flênticas no Fomel e Fractura do círculo
 OBSERVAÇÕES: INCONFERENCIAS
 Dentas avulsas a Direita. Fratura traumática apresentan-
 Doente Relato: Trauvi. Tomo de fraturas em MMII + extra-
 l. Diminuição da sensibilidade sentiu. Lateral em prancha re-
 nor MMII. No Momento fizeram mobilização com
 em BFG LOT & AXA + instalação do colar cervical
 ACV: B C R D NT 972. Mobilização mobilização de MMII
 AP: M V + 5/7 A + acesso venoso periférico. Formas
 A B: Inocente com RHM 6. Fazendo analgesia + injeção com
 No Exame Físico não nalgas fisiológicas. Apresenta nua-
 evidencia-se degre- ntais que mantêm - se para
 da calvária fomel. Márco. Refere ser hiperativo.
 Cervical: Sintomas de degre- Conduziu os GT 14G e seu
 lar posterior de círculo a bordos. Cintura fomel colar
 O MMII realizada pro 148169. Planoil: 01 IF 500 ml, 01 eq.
 tacolol 01 + glicina 100 ml de nátrio de tengerogulhado com
 + amorfado para o PSF. Colírio 40mg, 01 olímpica cap. 01 a-
 Lem lubricon encerado 300ml, 01 lúcos med. P. 08 lúcos
 + gengivite. Sombra 1000ml. M 02 agulhas 60x12 algodão e
 Anel de 100ml. A 11 NG e lúcos, 03 de 100ml 150ml

12 Wu et al.

15 AGO. 2019



GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 06 DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME: João dos Reis Pereira de Souza. 45a

Declaro para os devidos fins que o paciente aímo inicia tratamento fisioterapêutico nessa unidade em 07/08/2019
no período vespertino devido segredo
de fratura em fêmur, tíbia e fibula "D".
nos dias de suspender-se quertas-
feira.

Naiano Pontes
Fisioterapeuta
Centro - 00000-0000

ASSINATURA E CARMÃO

DATA: 12/08/2019

Av. General Ataíde Teixeira nº 6459 - Bairro Nova Canaã
CEP. 69116-416 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(0695) 3625-0794/3627-7196

15 AGO. 2019

✓
Dr. Dalton Petross
Cirurgia Traumática
ORL-PP 1978



15 AGO. 2019



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0130330-9

Nº de Nota Fiscal 003242730

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTAMÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	01/08/2019	195	179,47

ANTONILCE CHAVES DE BRITO
R. JOSE ALBER SAMPAIO 1613 SENADOR HELIO CAMPOS
CPF: 000085392200249

CEP: 69.316-508 - BOA VISTA ROT: 28.001.26.28.097800

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	11767		Atual: 15/07/2019
Anterior:	11572		Anterior: 12/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 15/08/2019
Consumo Médio:	195		Emissão: 12/07/2019
Consumo Faturado:	195	FCAM	Apresentação: 15/07/2019

NORMAL

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ugiao	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB05816 II	1414151	1.1.1.2	145

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Médiano consumo	
JUN/19 166	CONSUMO 195 A R\$ 0,764602 = 149,09
MAI/19 160	CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00 0,08
ABR/19 140	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,67
MAR/19 130	MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00 0,78
FEV/19 123	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,15
JAN/19 70	MULTA POR ATRASO 05/19-00 2,44
DEZ/18 118	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 0,73
NOV/18 166	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 260	
SET/18 135	
TARIFA BEM TRIBUTOS: 8 A 195 - 0,694500	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de
06/2019 153,65 energia elétrica a partir de 07/07/2019, o não pagamento referente àquele mês é sujeito à incidência de multa de 20% sobre a fatura. Caso tenha efetuado o pagamento faltará 14 dias para este vencimento.

LIGUE 080087019126 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 11 16 21 26

E3DB-88CF-C2C4-451E1916-8404-5571-B001

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 81,12	Base de Cálculo: 17,00%
Energia: 0,00	Aliquota ICMS: 25,34
Transmissão: 4,21	Valor do ICMS: 0,00
Encargos: 25,34	Valor do PIS: 0,00
Tributos:	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,40	16,92	33,84	4,8.
7,56				14,00		1,17
DISTRITO					05/2019	52,49

ROT: 28.001.26.28.097800

0130330-9	TOTAL A PAGAR R\$ 179,47
07/2019	01/08/2019
MES ATUALIZADO	
003242730 FCAM	

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

836700000013-944050001000000001305330907190087



SEQ.: 00135 UC: 0130330-9 DT.LEIT.: 15/07/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 11767 NORMAL TOTAL: 179,47 CARGA: 015 -
DT.VENC.: 01/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1031

15 AGO. 2019

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu Fláir Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José dos Reis Pereira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 604.391.732 72
do sinistro de DPVAT cobertura Invalez da Vítima José dos Reis Pereira de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 604.391.732 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.309-209</u>	
E-mail:	<u>ILDERRR@HOTMAIL.COM</u>						Tel.(DDD):	<u>(95)98403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 15/08/2019


Assinatura do Declarante

15 AGO. 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Karla Florencio do Carmo Silva

RG nº 1.674.113, data de expedição 1/1/1

Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 775.469.383-68

com domicílio na cidade de Bon Vista, no Estado de Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Joca Farias, coranã nº 957

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

José Ulisses Reis Pereira de Souza, cujo o condutor era

José Ulisses Reis Pereira de Souza.

Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA-BIZ-125 Ano: 2018/2018

Placa: NUJ-7637 Chassi: 9G2J5C4 B30JR032750

Data do Acidente: 12/03/2019

Local e Data: Bon Vista - RR, 10/09/2019



Karla Florencio do Carmo - Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

**DANIEL
AQUINO**

Cartório do 2º Ofício de Bon Vista
Daniel Aquino - tabelião e Registrador
Av. Ataíde Teixeira, 4507 - Ass. Brumado - CEP 63010-000
Fone: (65) 3637-4176
Zelofrio@zelofrio.com.br

142922.5d81396f673fa
Recomendo por VERDADEIRA(s) Firma(s)
"1. KARLA FLORENCIO DO CARMO SILVA"

Em testemunho da verdade, BPO
De que deu fô. Bon Vista/RR, 17 de setembro de 2019.
Consulte o(s) sello(s) abaixo em cidadan.portalsej.com.br
RECIR168286CO0X6BTANQ28M32/

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

