

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2723864220200525111956

Processo 0811132-77.2020.8.23.0010 ☆ - (19 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Pendências

Intimações aguardando cumprimento: Ver Intimação Evento de 11/05/2020 - Prazo: 12/05/2020 à 01/06/2020 (15 dias): CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA
Cumprir Prazo GRATUITA A PARTE

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

14 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 14

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-]	14	25/05/2020 11:19:56	
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	14.1 Arquivo: Contestação	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2720508CONTESTACAO01.pdf	Público
	14.2 Arquivo: anexo 2	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2720508CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
	14.3 Arquivo: kit seguradora	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
	13	19/05/2020 11:49:01	
		RENÚNCIA DE PRAZO DE KEICIANE SOUSA DOS SANTOS REPRESENTADO(A) POR JOÃO DOS SANTOS Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (06/05/2020)	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado
	12	19/05/2020 11:48:59	
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de KEICIANE SOUSA DOS SANTOS representado(a) por JOÃO DOS SANTOS) em 19/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (06/05/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado
	11	11/05/2020 14:34:29	
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 11/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (06/05/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	10	11/05/2020 14:28:26	
		LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 11/05/2020 referente ao evento de expedição seq. 9.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
[+]	9	11/05/2020 13:55:10	
		EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário
	8	11/05/2020 13:14:41	
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (06/05/2020)	RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário
	7	11/05/2020 13:14:41	
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de KEICIANE SOUSA DOS SANTOS representado(a) por JOÃO DOS SANTOS com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (06/05/2020)	RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário
[+]	6	06/05/2020 10:56:18	
		CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado
	5	05/05/2020 17:52:35	
		CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
	4	05/05/2020 17:52:35	
		RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08111327720208230010

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **KEICIANE SOUSA DOS SANTOS** representado por **JOÃO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **19/05/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **24/10/2019**.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 24/10/2019 após 5 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 19/05/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002354 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS Data do acidente: 19/05/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
Descrição do exame físico: MIE: PERDA DE TECIDO EM REGIÃO DA PANTURRILHA COM CICATRIZAÇÃO HIPERTROFICA
Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRURGICO LOCAL, NEGA FISIOTERAPIA E ALTA LOGO APÓS A SAÍDA OD ALTA MÉDICA
Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
Sequelas: Com sequela
Data do exame físico: 23/01/2020
Conduta mantida:
Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **19/05/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais).**

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000027792-9

Autenticação:

B493709B33D24F0CF919EF534CEABFEAA5801941DE56DD3C2C1EF3810798F2D9

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 945,00 (NOVECIENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

⁵Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar.

Por se tratar de interesse de menor incapaz, requer a intimação do Ministério Público, conforme art.178 do CPC.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **DR. SIVIRINO PAULI**, inscrito na **OAB/RR 451-A**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 13 de maio de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **KEICIANE SOUSA DOS SANTOS**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08111327720208230010.

Rio de Janeiro, 13 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO
Wagner Mendes Coelho
Tabelião
José Coelho de Souza Neto
Escriturário
Av. Atalida Teiva, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 625 5808
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-104** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **171-V**, sob o Nº. **63156**, está Registrado o assento de **KEICIANE SOUSA DOS SANTOS**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **vinte e um de outubro de dois mil e cinco** às **09:51**, Hospital **Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth**, em **Boa Vista-RR**, filho(a) de **JOÃO DOS SANTOS** e **VERÔNICA DE SOUZA SILVA**, avós paternos: ******* e **Luiza Julia dos Santos**, e avós maternos: **Paulo Alferes Silva** e **Glória Silva de Souza**.

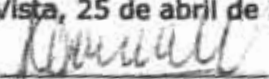
O registro foi efetuado no dia **25 de abril de 2007**

Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª Via**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 25 de abril de 2007



Oficial

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURODORA S/A
Av. Cristóvão Colombo, 400 - Boa Vista - RR

Paciente: Keiciane Salsa dos Santos Idade: 13 Sexo: F
Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca [] Negra [] Parda [x] Amarela [] Indígena-Etnia []
Endereço: Av. Estrela Dalva Bairro: Paraisópolis

Nº 8338 DATA 19/05/19 HORA J/9: 08:28 BASE ☒ VIA () () RÁDIO
Médico (a) Regulador (a): Alisson HORA J/10: 08:38 CELULAR ☒

MOTIVO INICIAL: colisão carro x bicicleta
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 ☐ Queimadura ☐ 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
☐ Pedestre	☐ A pé	☐ Ônibus	☐ Capacete
☐ Condutor	☐ Automóvel	☐ Micro-ônibus	☐ Cinto de segurança
☒ Passageiro	☐ Motocicleta	☐ Outro	☐ Airbag
☐ Ignorado	☒ Bicicleta	☒ Automóvel	☐ Assento para criança
		☐ Motocicleta	
		☐ Ônibus	
		☐ Micro-ônibus	
		☐ Animal	
		☐ Outro	

AValiação INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAl. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ Miose
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Midríase
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Pulso radial ausente	☐ Anisocoria [] D [] E
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Pulso central ausente	☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ Outro: _____		☐ Cianose central	☐ Agitação psicomotora
		☐ Extremidade	

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
Início <u>19:03</u>	<u>118 x 66</u>	<u>85</u>	<u>20</u>	<u>100</u>			<u>8</u>	<u>15</u>
Fim <u>19:21</u>	<u>117 x 63</u>	<u>83</u>	<u>20</u>	<u>99</u>			<u>8</u>	<u>15</u>

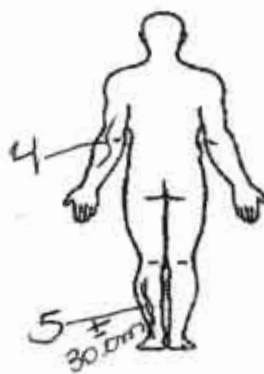
AValiação SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
1 - Dor	☒ 4 - Espontânea	☒ 5 - Orientado	☒ 6 - Obedece a comandos
2 - Hematoma	☐ 3 - Ao comando	☐ 4 - Confuso	☐ 5 - Localiza a dor
3 - Contusão	☐ 2 - À dor	☐ 3 - Palavras inapropriadas	☐ 4 - Movimento de retirada
☒ 4 - Escoriação	☐ 1 - Sem resposta	☐ 2 - Palavras incompreensíveis	☐ 3 - Flexão anormal
5 - Laceração		☐ 1 - Sem resposta	☐ 2 - Extensão anormal
6 - Luxação			☐ 1 - Sem resposta
7 - Fratura fechada			
8 - Fratura exposta			
9 - Amputação			
10 - Evisceração			
11 - Afundamento de crânio			
12 - Ferimento penetrante			
13 - Tórax instável			
14 - Enfiema subcutâneo			
15 - Ferida aspirativa			
16 - Empelamento			
17 - Outros			

ÁREA DE SINISTROS - DPMT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

SEGURODORA S/A
C/ Av. João Batista, 494 - Boa Vista - RJ



AValiação CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
☒ Ritmo Sinusal	☐ FV	☐ Diabetes
☐ Taquicardia Sinusal	☐ TV	☐ Cardiopatia
☐ Flutter Atrial	☐ AESP	☐ HAS
☐ Fibrilação atrial	☐ Assistolia	☐ Medicação de uso
	☐ Neurológica	☐ Alergias
	☐ Respiratória	☐ Outros
	☐ Cardiovascular	
	☐ Digestiva	
	☐ Metabólica	
	☐ Infecçiosa	

GRAVIDADE COMPROVADA: [] Ileso [] Pequena [] Média [] Severa [] Óbito

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento / ☐ Hospitalização
☐ Não se encontra no local
☐ Trote

MEIOS ACIONADOS
☒ Polícia Militar
☒ Guarda Municipal
☐ SMTRAN

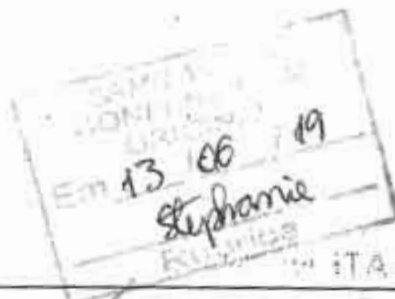
SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
19/05/19
Outros: St. Amaro

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RJ



PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional:	☐ Movimentos fetais presentes		☐ Partes fetais na vulva				
Perda de líquido:	☐ Contrações entre 3-5 min.		☐ Com cartão da gestante				
BCF:	☐ Contrações com duração > 30s		☐ Sem cartão da gestante				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas				
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical	☒ Curativos				
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal				
☐ Máscara facial: ____ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência				
☐ Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☒ Tirantes	☐ Imobilização de luxação				
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:				
☒ Acesso venoso Gelco n° 18	☐ Acesso venoso Scalp n° ____	☐ Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Suprarenal	1g	IV					
tenoxicam	40mg	IV					

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

08:28H, após acionados para atendimento ocorrência de acidente entre carro x bicicleta, no local encontramos a paciente em decúbito dorsal, inte, apresentando múltiplas escoriações + laceração em antebraço E de 30 cm de diâmetro, realizado protocolo de trauma e de cervical + prancha longa + curativos, SSVU estaveis adm medicação conforme orientação do médico regulador, em seguida removida ao trauma com cura.

materiais utilizados

Belasartes
Téc. de Enfermagem/Instrumentadora Cirúrgica

Belina Sara Magalhães Pereira
Téc. de Enfermagem/Instrumentadora Cirúrgica
CRP 122.414/2019

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000027792-9

Autenticação:

B493709B33D24F0CF919EF534CEABFEAA5801941DE56DD3C2C1EF3810798F2D9

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 801 - 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
Registro Especial de Impressão autorizado pelo SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: 002894351

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

CONSUMO MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	06/06/2019	243	218,42

MARIA TEREZA SILVA GARCIA
R. UNIVERSO 2503 RAIAR DO SOL
CPF: 00006493726204
CEP: 69.316-006 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.11.046700

DADOS DA LEITURA	kWh	CVAGB	DATA DA LEITURA
Atual:	27621		17/05/2019
Anterior:	27378		16/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		14/05/2019
Consumo Médio:	243		16/05/2019
Consumo Faturado:	243	FCAM	17/05/2019
NORMAL			31

Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BT	131.08043291	1501683	1.1.1.2	250

Mês/Ano	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
ABR/19	329	329
MAR/19	214	214
FEV/19	289	289
JAN/19	245	245
DEZ/18	362	362
NOV/18	314	314
OUT/18	416	416
SET/18	325	325
AGO/18	421	421
JUL/18	87	87
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0,4 243 = 0,97320		

MENSAGENS IMPORTANTES / DEVIDO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade responsável pela entrega de energia elétrica e prestação de serviços de manutenção e atendimento ao cliente.

04/2019 302,23

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09) LIQUE 00007019120 e FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 e 11 de 11

RESERVADO AO FISCO 1C98.40C3.546B.3A42.C412.0CD2.3005.D005

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 47,74	Base de Cálculo: 185,79
Energia: 101,22	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 31,58
Encargos: 5,25	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 31,58	Valor do COFINS: 0,00

8,65	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
2,52			4,00			1,27

DISTRITO 03/2019 70,21

ROT: 29.001.22.11.046700

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0119554-9	218,42
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
05/2019	06/06/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel 801 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 002894351 FCAM

83670000002 6 18420075000 0 00000000119 8 55490519008 4



SEQ.: 00282 UC: 0119554-9 DT.LEIT.: 17/05/2019 T.ENTR.: 07
LEITURA: 27621 NORMAL TOTAL: 218,42 CARGA: 014
DT.VENC.: 06/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Ezequiel, 804 - Boa Vista - RR

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 801 - 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
Registro Especial de Impressão autorizado pelo SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: 002894351

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

CONSUMO MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	06/06/2019	243	218,42

MARIA TEREZA SILVA GARCIA
R. UNIVERSO 2503 RAJAR DO SOL
CPF: 00006493726204
CEP: 69.316-006 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.11.046700

DADOS DA LEITURA	kWh	CVAGB	DATA DA LEITURA
Atual:	27621		17/05/2019
Anterior:	27378		16/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		14/05/2019
Consumo Médio:	243		16/05/2019
Consumo Faturado:	243	FCAM	17/05/2019
NORMAL			31

Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BT	131.08043291	1501683	1.1.1.2	250

Mês/Ano	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
ABR/19	329	329
MAR/19	214	214
FEV/19	289	289
JAN/19	245	245
DEZ/18	362	362
NOV/18	314	314
OUT/18	416	416
SET/18	325	325
AGO/18	421	421
JUL/18	87	87
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0,4 243 = 0,534620		

MENSAGENS IMPORTANTES / DEVIDO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade responsável pela entrega de energia elétrica e prestação de serviços de manutenção e atendimento ao cliente.

04/2019 302,23

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09) LIQUE 00007019120 e FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 e 11 de 11

RESERVADO AO FISCO 1C98.40C3.546B.3A42.C412.0CD2.3005.D005

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 47,74	Base de Cálculo: 185,79
Energia: 101,22	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 31,58
Encargos: 5,25	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 31,58	Valor do COFINS: 0,00

8,65	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
2,52			4,00			1,27

DISTRITO 03/2019 70,21
ROT: 29.001.22.11.046700

0119554-9	TOTAL A PAGAR - R\$
05/2019	218,42
06/06/2019	

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel 801 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 002894351 FCAM

83670000002 6 18420075000 0 00000000119 8 55490519008 4



SEQ.: 00282 UC: 0119554-9 DT.LEIT.: 17/05/2019 T.ENTR.: 07
LEITURA: 27621 NORMAL TOTAL: 218,42 CARGA: 014
DT.VENC.: 06/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Ezequiel, 804 - Boa Vista - RR

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 801 - 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
Registro Especial de Impressão autorizado pelo SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: 002894351

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

CONSUMO MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	06/06/2019	243	218,42

MARIA TEREZA SILVA GARCIA
R. UNIVERSO 2503 RAIAR DO SOL
CPF: 00006493726204
CEP: 69.316-006 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.11.046700

DADOS DA LEITURA	kWh	CVAR	DATA DA LEITURA
Atual:	27621		17/05/2019
Anterior:	27378		16/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		14/05/2019
Consumo Médio:	243		16/05/2019
Consumo Faturado:	243	FCAM	17/05/2019
NORMAL			31

Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BT	131.08043291	1501683	1.1.1.2	250

Mês/Ano	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
ABR/19	329	329
MAR/19	214	214
FEV/19	289	289
JAN/19	245	245
DEZ/18	362	362
NOV/18	314	314
OUT/18	416	416
SET/18	325	325
AGO/18	421	421
JUL/18	87	87
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0,4 243 = 0,534620		

MENSAGENS IMPORTANTES / DEBITOS A PAGAR

Mes/Ano Valor R\$ Unidade responsável pela cobrança do fornecimento de energia elétrica e tarifa de 0,534620 por kWh de energia consumida.

04/2019 302,23

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09) LIQUE 00007019120 e FAÇA OPÇÃO MENSALMENTE 1 e 22 de 11 de 18

RESERVADO AO FISCO 1C98.40C3.546B.3A42.C412.0CD2.3005.D005

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 47,74	Base de Cálculo: 185,79
Energia: 101,22	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 31,58
Encargos: 5,25	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 31,58	Valor do COFINS: 0,00

8,65	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
2,52			4,00			1,27

DISTRITO 03/2019 70,21
ROT: 29.001.22.11.046700

0119554-9	TOTAL A PAGAR - R\$
05/2019	218,42
06/06/2019	

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel 801 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 002894351 FCAM

83670000002 6 18420075000 0 00000000119 8 55490519008 4



SEQ.: 00282 UC: 0119554-9 DT.LEIT.: 17/05/2019 T.ENTR.: 07
LEITURA: 27621 NORMAL TOTAL: 218,42 CARGA: 014
DT.VENC.: 06/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Ezequiel, 804 - Boa Vista - RR



Para contato
consulte informe
este número

SEU CÓDIGO
0126055-3

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené 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 Imposto autorizada pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 003157436

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

CONTÁ MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	26/07/2019	229	221,19

RAQUEL DELL EUGENIO
AV BENTO BRASIL 248 CENTRO
CPF: 00005763937899
CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

ROT: 12.001.02.11.603050

DADOS DA LEITURA		KWh	KVArh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		18818		Atual:	26/06/2019
Anterior:		18589		Anterior:	29/05/2019
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	26/07/2019
Consumo Medido:		229		Emissão:	25/06/2019
Consumo Faturado:		229	FCAM	Apresentação:	26/06/2019
Indicador de Qualidade:		NORMAL		Indicador de Qualidade:	28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	R1	14TDB00002 N° 1624688		1.1.1.2	275

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	CONSUMO 229 A R\$ 0,773664 = 177,16
MAI/19 272	CORREÇÃO MONETARIA DA IL (2X) 0,24
ABR/19 343	CORREÇÃO MONETARIA IGPH (2X) 3,45
MAR/19 253	MULTA POR ATRASO DE IL (2X) 2,32
FEV/19 255	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X) 0,37
JAN/19 191	MULTA POR ATRASO (2X) 9,33
DEZ/18 295	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 3,09
NOV/18 305	ILUMINACAO PUBLICA 25,23
OUT/18 341	
SET/18 283	
AGO/18 202	
TARIFA COM TRIBUTOS:	
0 A 229 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
DEBITOS JA REAVISADOS	
Mes/Ano	Valor R\$
07/2018	210,07
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26	

RESERVADO AO FISCO 1675,48B7, F113, 7C06, 9FFD, 67B0, F4B5, 15B6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	44,99	Base de Cálculo:	177,16
Energia:	95,40	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	30,11
Encargos:	4,95	Valor do PIS:	0,30
Tributos:	31,82	Valor do COFINS:	1,41

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
	0,00			0,00			0,00

CENTRO 04/2019 112,53

ROT: 12.001.02.11.603050	SEU CÓDIGO 0126055-3	TOTAL A PAGAR - R\$ 221,19
	MÊS FATURADO 06/2019	VENCIMENTO 26/07/2019
Roraima Energia S.A. Av. Capitão Ené Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Ins. Estadual: 24.007.022-3	Nº da Nota Fiscal: 003157436	FCAM

83650000002 8 21190075000 4 00000000126 3 05530619008 7



SEQ.: 00228 UC: 0126055-3 DT. LEIT.: 26/06/2019 T. ENTR.: 07
LEITURA: 18818 NORMAL TOTAL: 221,19 CARGA: 012
DT. VENC.: 26/07/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1091

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Boa Vista - RR

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 801 - 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
Registro Especial de Impressão autorizado pelo SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: 002894351

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

CONSUMO MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	06/06/2019	243	218,42

MARIA TEREZA SILVA GARCIA
R. UNIVERSO 2503 RAJAR DO SOL
CPF: 00006493726204
CEP: 69.316-006 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.11.046700

DADOS DA LEITURA	kWh	CVAR	DATA DA LEITURA
Atual:	27621		17/05/2019
Anterior:	27378		16/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		14/05/2019
Consumo Médio:	243		16/05/2019
Consumo Faturado:	243	FCAM	17/05/2019
NORMAL			31

Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BT	131.08043291	1501683	1.1.1.2	250

Mês/Ano	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
ABR/19	329	329
MAR/19	214	214
FEV/19	289	289
JAN/19	245	245
DEZ/18	362	362
NOV/18	314	314
OUT/18	416	416
SET/18	325	325
AGO/18	421	421
JUL/18	87	87
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0,4 243 = 0,534620		

MENSAGENS IMPORTANTES / DEVIDO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade responsável pela entrega de energia elétrica e prestação de serviços de manutenção e atendimento ao cliente.

04/2019 302,23

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09) LIQUE 00007019120 e FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 e 11 de 11

RESERVADO AO FISCO 1C98.40C3.546B.3A42.C412.0CD2.3005.D005

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 47,74	Base de Cálculo: 185,79
Energia: 101,22	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 31,58
Encargos: 5,25	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 31,58	Valor do COFINS: 0,00

8,65	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
2,52			4,00			1,27

DISTRITO 03/2019 70,21
ROT: 29.001.22.11.046700

0119554-9	TOTAL A PAGAR - R\$
05/2019	218,42
06/06/2019	

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel 801 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nº da Nota Fiscal: 002894351 FCAM



SEQ.: 00282 UC: 0119554-9 DT.LEIT.: 17/05/2019 T.ENTR.: 07
LEITURA: 27621 NORMAL TOTAL: 218,42 CARGA: 014
DT.VENC.: 06/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Ezequiel, 804 - Boa Vista - RR

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 801 - 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
Registro Especial de Impressão autorizado pelo SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: 002894351

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

CONSUMO MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	06/06/2019	243	218,42

MARIA TEREZA SILVA GARCIA
R. UNIVERSO 2503 RAIAR DO SOL
CPF: 00006493726204
CEP: 69.316-006 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.11.046700

DADOS DA LEITURA	kWh	CVAR	DATA DA LEITURA
Atual:	27621		17/05/2019
Anterior:	27378		16/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		14/05/2019
Consumo Médio:	243		16/05/2019
Consumo Faturado:	243	FCAM	17/05/2019
NORMAL			31

Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BT	131.08043291	1501683	1.1.1.2	250

Mês/Ano	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
ABR/19	329	329
MAR/19	214	214
FEV/19	289	289
JAN/19	245	245
DEZ/18	362	362
NOV/18	314	314
OUT/18	416	416
SET/18	325	325
AGO/18	421	421
JUL/18	87	87
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0,4 243 = 0,97320		

MENSAGENS IMPORTANTES / DEVIDO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade responsável pela entrega de energia elétrica e prestação de serviços de manutenção e atendimento ao cliente.

04/2019 302,23

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09) LIQUE 00007019120 e FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 e 11 de 11

RESERVADO AO FISCO 1C98.40C3.546B.3A42.C412.0CD2.3005.D005

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 47,74	Base de Cálculo: 185,79
Energia: 101,22	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 31,58
Encargos: 5,25	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 31,58	Valor do COFINS: 0,00

8,65	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
2,52			4,00			1,27

DISTRITO 03/2019 70,21

ROT: 29.001.22.11.046700

0119554-9	218,42
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
05/2019	06/06/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel 801 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 002894351 FCAM

83670000002 6 18420075000 0 00000000119 8 55490519008 4



SEQ.: 00282 UC: 0119554-9 DT.LEIT.: 17/05/2019 T.ENTR.: 07
LEITURA: 27621 NORMAL TOTAL: 218,42 CARGA: 014
DT.VENC.: 06/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Ezequiel, 804 - Boa Vista - RR



Para contato
consulte informe
este número

SEU CÓDIGO
0126055-3

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené 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 Imposto autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 003157436

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

CONTÁ MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	26/07/2019	229	221,19

RAQUEL DELL EUGENIO
AV BENTO BRASIL 248 CENTRO
CPF: 00005763937899
CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

ROT: 12.001.02.11.603050

DADOS DA LEITURA		KWh	KVArh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		18818		Atual:	26/06/2019
Anterior:		18589		Anterior:	29/05/2019
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	26/07/2019
Consumo Medido:		229		Emissão:	25/06/2019
Consumo Faturado:		229	FCAM	Apresentação:	26/06/2019
Indicador de Qualidade:		NORMAL		Indicador de Qualidade:	28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	R1	14TDB00002 N° 1624688		1.1.1.2	275

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	CONSUMO 229 A R\$ 0,773664 = 177,16
MAI/19 272	CORREÇÃO MONETARIA DA IL (2X) 0,24
ABR/19 343	CORREÇÃO MONETARIA IGPH (2X) 3,45
MAR/19 253	MULTA POR ATRASO DE IL (2X) 2,32
FEV/19 255	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X) 0,37
JAN/19 191	MULTA POR ATRASO (2X) 9,33
DEZ/18 295	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 3,09
NOV/18 305	ILUMINACAO PUBLICA 25,23
OUT/18 341	
SET/18 283	
AGO/18 202	
TARIFA COM TRIBUTOS:	
0 A 229 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
DEBITOS JA REAVISADOS	
Mes/Ano	Valor R\$
07/2018	210,07
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26	

RESERVADO AO FISCO 1675,48B7, F113, 7C06, 9FFD, 67B0, F4B5, 15B6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	44,99	Base de Cálculo:	177,16
Energia:	95,40	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	30,11
Encargos:	4,95	Valor do PIS:	0,30
Tributos:	31,82	Valor do COFINS:	1,41

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
	0,00			0,00			0,00

CENTRO	04/2019	112,53
--------	---------	--------

ROT: 12.001.02.11.603050	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
	0126055-3	221,19
	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
	06/2019	26/07/2019
	Nº da Nota Fiscal: 003157436	FCAM

83650000002 8 21190075000 4 00000000126 3 05530619008 7



SEQ.: 00228 UC: 0126055-3 DT. LEIT.: 26/06/2019 T. ENTR.: 07
LEITURA: 18818 NORMAL TOTAL: 221,19 CARGA: 012
DT. VENC.: 26/07/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1091

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 104 - Boa Vista - RR

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu TELÚIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOÃO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 662.479.002/44,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.395.492 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>AV. BENTO BRASIL</u>	Número: <u>248</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>confiancaest@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.301-050</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: BOA VISTA - RR, 05 de agosto de 2019.

Assinatura do Declarante



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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu TELÚIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOÃO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 662.479.002/44,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.395.492 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>AV. BENTO BRASIL</u>	Número: <u>248</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>confiancaest@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.301-050</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: BOA VISTA - RR, 05 de agosto de 2019.

Assinatura do Declarante





INTERPRETAÇÃO

Paciente sofreu acidente com bicicleta X carro (sic) com consequente lesão extensa na pele e no osso na região posterior do crânio (E).
Ao exame: ADM ativa do tornozelo e polegar sem alteração.
Outros exames pendentes.

RX: sem fraturas ou luxações.

CD: LMC extensiva com 54,9% (1520) + de
endoneuro, sistema, ungueado e incuneado.
de lesão maxilomandibular.

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR



Handwritten signature or mark.

BLOCO A

Alta: 21/05/19

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE <i>Keciane Sousa dos Santos</i>				6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>172575</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>70918105107141215103911</i>				8 - DATA DE NASCIMENTO <i>21/10/05</i>	
9 - SEXO <i>F</i>				10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Veronica de Souza Silva</i>	
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE				12 - CID 10 PRINCIPAL	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>BV</i>				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF <i>RR</i>				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente refer estorço com inchaço x corpo com consequente lesão extensa da pele e músculos na ponta posterior da perna E.</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>An anam</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES RESOLVIDOS) <i>História clínica, exame físico</i>					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>fractura per E.</i>					
21 - CID 10 SECUNDÁRIO 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO () CPF					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>19/05/19</i>					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TUAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - CNPJ EMPRESA					
39 - CNAE DA EMPRESA					
40 - CBOR					
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
42 - EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>0308010019</i> <i>T013</i> <i>V199</i>					
46 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE KEICIANE SOUSA DOS SANTOS					
AGNOSTIC LESÃO EXTENSIVA DE PONTOS MÓLIS (POSTERIOR DO PRATO E)					
ALERGIAS NEGA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	13	LEITO		DATA	19/05/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				✓
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				✓
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				✓
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H, 200 1g IV 6/6H S/N				28.06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06.06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				✓
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				✓
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H				(24) (22) (26)
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				✓
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H SUSP.				Susp
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H SUSP.				Susp
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				✓
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Polina
14	CURATIVO DIÁRIO				Realizar
15	Cefalosporina 1g IV 6/6H				28.06
16	Gentamicina 240mg IV 1x/24h				28.06
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. **Aldeia Soares**
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUITA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	120/80	87	20
24 H			

(B23)C 65
- MÉDICO-RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA **aul**

14h. item 8 não liberado pela farmácia.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	DATA DE ADMISSÃO	DIH	19/05/2019	DN	21/10/2005
PACIENTE	KEICIANE SOUSA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA ESQUERDA				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	13	LEITO	L-65	DATA	20/05/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.A.D.
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S.V. 0
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H				S.V. 0
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S.V.
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S.V.
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				
13	GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA				
15	OMEPAZOL 40MG VO 1X AO DIA				
16	CURATIVO DIÁRIO				
17	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
18					
19					
20					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				S.A.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS CONTROLADO CM. ANALGESIA SIMPLES, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, CURATIVO EM PERNA ESQUERDA
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12828/RR

SINAIS VITAIS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:	FR	
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO		
6H	96 x 60	36,2
12H	62	
18H	80 x 50	36,7
24H	68	

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

18h - Item (32) AUSENTE NO SETOR, MEDICADA, SSVV AFERIDOS, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM TÊC. ENF. GLÊNIO.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

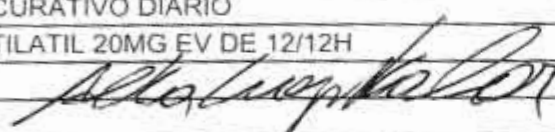
05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	DATA DE ADMISSÃO	DIH	19/05/2019	DN	21/10/2005
PACIENTE	KEICIANE SOUSA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA ESQUERDA				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	13	LEITO	L-65	DATA	21/05/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H				
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				
13	GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA				
15	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				
16	CURATIVO DIÁRIO				
17	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
 CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS
 PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, CURATIVO EM PERNA ESQUERDA
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Augusto Cavalcante
 CRM-RR 1964
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

ÁREA DE MINISTROS - DPMAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 05 SET 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Dr. Jonathan C. Lopes
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgião do Joelho
 CRM-RR 1759 TEOT 14274



CONTEMPORARY RESEARCH

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA SA

No. C-10040 John B. Smith, 434 - 100 West 4th St.

BOA VISTA

Dr. Augusto Camargo
Médico Residência
Ortopedia e Traumatologia
CRM-25.123

MÉDICO

Justo Doe



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

19011174019/05/2019 09:23:14

FICHA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-193

Paciente

KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

Data Nascimento

21/10/2005

Idade

13 A 6 M 29 D

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

F

Estado Civil

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

N63156

Pai

JOAO DOS SANTOS

Contato

(95) 99144-2196

Ocupação

VERONICA DE SOUZA SILVA

Endereço

RUA - UNIVERSO - 1421 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

ACIDENTE DE BICICLET

URGÊNCIA

Sector

Tipo de Chegada

Procedimento Sol.

Registrado por:

GRANDE TRAUMA

DEMANDA ESPONTANEA

RICARDO PEREIRA

Queixa Principal

Atropelamento

☐ Síndrome Febril

☐ Sintomático Respiratório

☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234

RV: 12345

MRV: 123456

anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

paciente ligada pelo serviço, com história de colisão com a bicicleta, paciente em estado de choque.

Exame Físico

paciente com lesões profundas em tórax, posterior de punho, com lesões unilaterais.

Hipótese Diagnóstica

fratura de fêmur.

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PREScrição

1) Torax 100mg 1 EU

2) Cetorolona 180mg 1 EU

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

ÁREA DE SINISTROS - DENT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para: ortopedia

GENTE SEGURADORA S/A

Ambulatório

Observação (Até 24h)

Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Verso

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ricardo.pereira

Data Hora: 19/05/2019 09:26:44

190111740

INTERPRETAÇÃO

Paciente sofreu acidente com bicicleta X carro (sic) com consequente lesão extensa na pele e no osso na região posterior do crânio (E).
Ao exame: ADM ativa do tornozelo e polegar sem alteração.
Outros exames pendentes.

RX: sem fraturas ou luxações.

CD: LMC extensiva com 54,9% (1520) + de endurecimento, sutura, ungueado e incunado.
de lesão maxilomandibular.

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR



Handwritten signature or mark.

BLOCO A

Alta: 21/05/19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Keciane Sousa dos Santos

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 9 8 0 5 0 7 4 2 5 0 3 9 1 1

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Veronica de Souza Silva

Rua Universo, 1421, Raia do Sol

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

2 - CNES

4 - CNES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

172575

9 - SEXO

F

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente refere lesões com hematomas x corpo com consequente lesão extensa da pele e músculos na ponta posterior da perna E.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

An anam

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

História clínica, exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura per E.

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

CENTRO DE ATENDIMENTO À SAÚDE
Al. Capim João Batista, 404 - Bom Vol - RJ

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

19/5/19

0308010019
T013
V199



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE KEICIANE SOUSA DOS SANTOS					
AGNOSTIC LESÃO EXTENSIVA DE PARTES MOLES (POSTERIOR DO PRATO E)					
ALERGIAS NEGA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	13	LEITO		DATA	19/05/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				✓
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				✓
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				✓
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H, 200 1g IV 6/6H S/N				28.06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				26.06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				✓
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				✓
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H				(24) (22) (26)
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				✓
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H SUSP.				Susp
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H SUSP.				Susp
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				✓
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Polina
14	CURATIVO DIÁRIO				Realizar
15	Cefalosporina 1g IV 6/6H				28.06
16	Gentamicina 240mg IV 1X/24H				28.06
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. **Aldeia Soares**
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUITA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	120/80	87	20
24 H			

(B23)C 65
- MEDICO-RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA **aul**

14h. item 8 não liberado pela farmácia.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	DATA DE ADMISSÃO	DIH	19/05/2019	DN	21/10/2005
PACIENTE	KEICIANE SOUSA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA ESQUERDA				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	13	LEITO	L-65	DATA	20/05/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.A.D.
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S.V. 0
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H				S.V. 0
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S.V.
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S.V.
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				
13	GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA				
15	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				
16	CURATIVO DIÁRIO				
17	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
18					
19					
20					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				S.A.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS CONTROLADO CM. ANALGESIA SIMPLES, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, CURATIVO EM PERNA ESQUERDA
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12828/RR

SINAIS VITAIS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:	FR	
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO		
6H	96 x 60	36,2
12H	62	
18H	80 x 50	36,7
24H	68	

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

18h - ITEM (32) AUSENTE NO SETOR, MEDICADA, SSVV AFERIDOS, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM TÊC. ENF. GLÊNIO.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

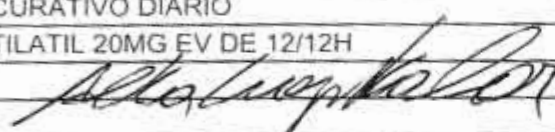
05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	DATA DE ADMISSÃO	DIH	19/05/2019	DN	21/10/2005
PACIENTE	KEICIANE SOUSA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA ESQUERDA				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	13	LEITO	L-65	DATA	21/05/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H				
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				
13	GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA				
15	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				
16	CURATIVO DIÁRIO				
17	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
 CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS
 PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, CURATIVO EM PERNA ESQUERDA
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Augusto Cavalcante
 CRM-RR 1964
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

ÁREA DE MINISTROS - DPMAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Dr. Jonathan C. Lopes
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgião do Joelho
 CRM-RR 1759 TEOT 14274



CONTEMPORARY RESEARCH

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA SA

No. C-10040 John B. Smith, 434 - 100 West 4th St.

BOA VISTA

Dr. Augusto Camargo
Médico Residência
Ortopedia e Traumatologia
CRM-25.123

MÉDICO



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS

TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

Wagner Mendes Coelho

José Coelho de Souza Neto

Av. Ataide Teiva, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 625 5808
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-104** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **171-V**, sob o Nº. **63156**, está Registrado o assento de **KEICIANE SOUSA DOS SANTOS**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **vinte e um de outubro de dois mil e cinco** às **09:51**, Hospital **Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth**, em **Boa Vista-RR**, filho(a) de **JOÃO DOS SANTOS** e **VERÔNICA DE SOUZA SILVA**, avós paternos: ******* e **Luiza Julia dos Santos**, e avós maternos: **Paulo Alferes Silva** e **Glória Silva de Souza**.

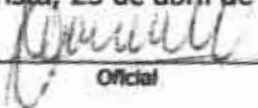
O registro foi efetuado no dia **25 de abril de 2007**

Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª Via**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 25 de abril de 2007


Oficial

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURODORA S/A

Av. Capitão João Siqueira, 494 - Boa Vista - RR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

João dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **154147** DATA DE EXPIRAÇÃO **18/10/2017**

NOME **JOÃO DOS SANTOS**

FILIAÇÃO

LUIZA JULIA DOS SANTOS

NATURALIDADE **BOA VISTA - RR** DATA DE NASCIMENTO **19/09/1976**

DOC ORDEM **CERTD NASC 76848 FLS 294 LIV A-111**

1 OF BOA VISTA-RR

CPF **662.479.002-44**

2ª VIA

AMADEU SOCHA TRIANI
Polícia Federal - Departamento de Polícia Civil
Boa Vista - RR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capita João Batista, 404 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 **Polgar Direto** 

Amia S. Guedes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 524555-9 DATA DE EMISSÃO 30/01/2017

NOME
TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO
EDMILSON JOSÉ SANTIAGO
TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE
SANTARÉM - PA DATA DE NASCIMENTO
18/11/1970

D.O.C. ORIGEM
CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF
739.248.066-91 **AMADEU ROCHA TRIANI**
Frente Fotocopiada de Faltas Civil Diretor do SOC

1 VIA **P 1**

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 484 - Boa Vista - SP



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS

TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

Wagner Mendes Coelho

José Coelho de Souza Neto

Av. Ataide Teiva, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 825 5808
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-104** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **171-V**, sob o Nº. **63156**, está Registrado o assento de **KEICIANE SOUSA DOS SANTOS**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **vinte e um de outubro de dois mil e cinco** às **09:51**, Hospital **Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth**, em **Boa Vista-RR**, filho(a) de **JOÃO DOS SANTOS** e **VERÔNICA DE SOUZA SILVA**, avós paternos: ******* e **Luiza Julia dos Santos**, e avós maternos: **Paulo Alferes Silva** e **Glória Silva de Souza**.

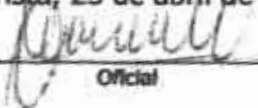
O registro foi efetuado no dia **25 de abril de 2007**

Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª Via**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 25 de abril de 2007


Oficial

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURODORA S/A

Av. Capitão João Siqueira, 494 - Boa Vista - RR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

João dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **154147** DATA DE EXPIÇÃO **18/10/2017**

NOME **JOÃO DOS SANTOS**

FILIAÇÃO

LUIZA JULIA DOS SANTOS

NATURALIDADE **BOA VISTA - RR** DATA DE NASCIMENTO **19/09/1976**

DOC ORDEM **CERTD NASC 76848 FLS 294 LIV A-111**

1 OF BOA VISTA-RR

CPF **662.479.002-44**

2ª VIA

AMADEU SOCHA TRIANI
Prestador de Serviço de Polícia Civil
Boa Vista - RR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capita João Batista, 404 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 **Polgar Direto** 

Amia D. Guedes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 524555-9 DATA DE EMISSÃO 30/01/2017

NOME
TELVA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO
EDMILSON JOSÉ SANTIAGO
TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE
SANTARÉM - PA DATA DE NASCIMENTO
18/11/1970

D.O.C. ORIGEM
CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF
739.248.066-91 **AMADEU ROCHA TRIANI**
Frente Fotocopiada de Faltas Civil Diretor do SOC

1 VIA **P 1**

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 484 - Boa Vista - SP

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

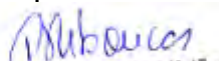
Número do Sinistro: 3200002354
Nome do(a) Examinado(a): Keiciane Sousa dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Universo, 2503
Raial do Sol Raial do Sol RR CEP: 69316-006
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [CERTIDAO NASCIMENTO / RR] 63156
Data local do acidente: [19/05/2019]
Data local do exame: [23/01/2020] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
VITIMA DE COLISÃO BICICLETA/CARRO COM CONTUSÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRURGICO LOCAL, NEGA FISIOTERAPIA E ALTA LOGO APÓS A SAIDA DO HOSPITAL
Complicações: MIE: PERDA DE TECIDO EM REGIÃO DA PANTURRILHA COM CICATRIZAÇÃO HIPERTROFICA.
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
MIE: PERDA DE TECIDO EM REGIÃO DA PANTURRILHA COM CICATRIZAÇÃO HIPERTROFICA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
MIE: PERDA DE TECIDO EM REGIÃO DA PANTURRILHA COM CICATRIZAÇÃO HIPERTROFICA.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
Menor apresentou certidão de nascimento e veio acompanhada da tia a Sra. Maria da Silva, CPF:869.301.762-49

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032


Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177



1 LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO-**INTEGRIDADE FÍSICA-Nº 6673/2019/IML/RR.**

Destino: **DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO/DAT/RR.**

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: Débora Alves Monteiro da Cruz.
- Requisição: Nº 208/2019/DAT.- Ref. BO. Nº 020109/2019-DAT.

NOME: KEICIANE SOUZA DOS SANTOS	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURALIDADE: BOA VISTA/RR
IDADE: 12 ANOS	SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	COR: PARDA
PROFISSÃO: ESTUDANTE	ESCOLARIDADE: FUND. INCOMPLETO
DOCUMENTAÇÃO: CPF Nº 017.195.492-06	TELEFONE: (95) 99140-9772
FILIAÇÃO: JOÃO DOS SANTOS e VERÔNICA DOS SANTOS SILVA	
ENDEREÇO: RUA: SANTA MARIA, Nº 803 – BAIRRO: 13 DE SETEMBRO – BOA VISTA/RR	
DATA/ HORA DO EXAME: 03/12/2019, às 08 horas e 20 minutos.	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo diretor, prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

- Atendendo a requisição nº 208/19/DAT.

DESCRIÇÃO:

- Presença de cicatriz hipercrômica extensa em perna esquerda;
- Presença de nódulos subcutâneos endurecidos e doloridos à palpação;
- Marcha claudicante à esquerda;
- Pericianda com limitação para esforços repetitivos em membro inferior esquerdo.
- Vide gráfico 01.

CONCLUSÃO:

- Lesão corto-contusa grave.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- 1º Há ofensa à integridade física ou a saúde? **SIM.**
- 2º Qual o instrumento ou meio que a produziu? **CORTO-CONTUSA.**
- 3º Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **PREJUDICADO.**
- 4º Houve perigo de vida? **NÃO.**
- 5º Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM, CONFORME RELATO DA PERICIANDA.**
- 6º Resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, aborto ou aceleração de parto ou deformidade permanente? **SIM, SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

CONFERE COM ORIGINAL

DATA: 18/12/19

Francisco Sterão Leão Barros
Agente Administrativo/União
Mat. 1030747

É por ser verdade digitou este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim, Samara S. Salviano:

Francisco P. Barros Jr.
Médico CRM 308.195
Médico Assistente

IML

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69 309005 – Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (recepção), (95) 2121-3430 (direção).



Lauda N.:

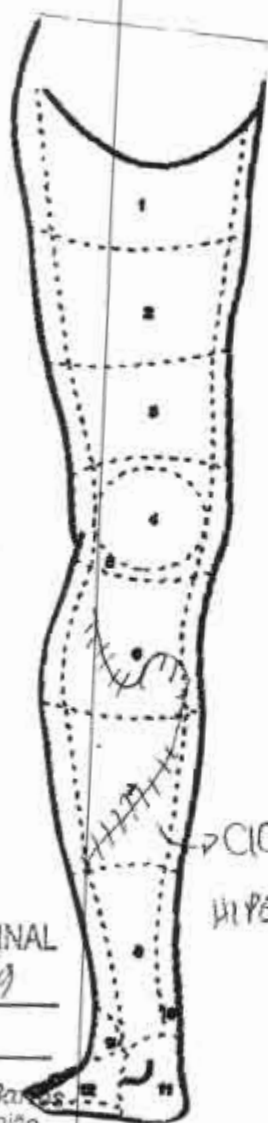
Periciando: Keiciane Sousa dos Santos

Data: 03/12/2015

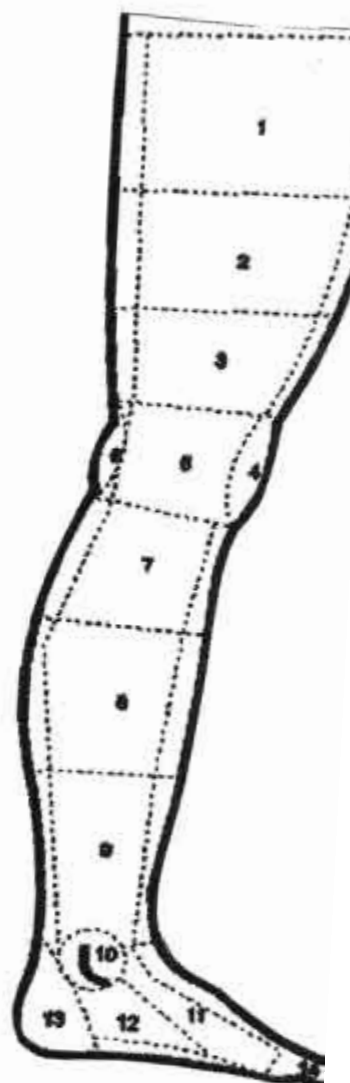
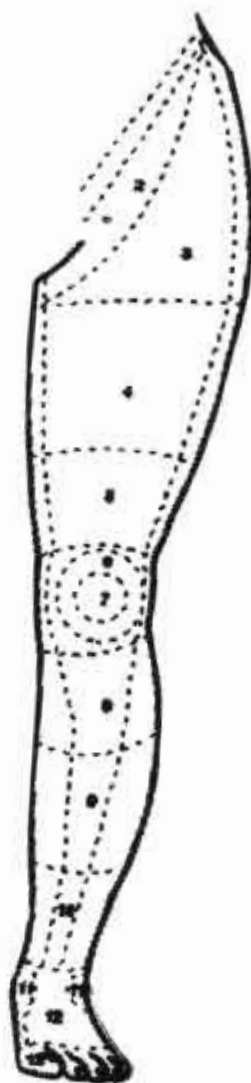
Perito(s): Dr. Francisco F. de Faria Jr

Gráfico N.

04



CICATIZ
HIPERCROMICA



DAT

CONFERE COM ORIGINAL

DATA: 18/12/19

Francisco Stênio Leão Barros
Agente Administrativo/União
Mat. 1035747

REGIÕES:

- 1 - Terço superior da coxa
- 2 - Terço médio da coxa
- 3 - Terço inferior da coxa
- 4 - Popliteia
- 5 - Face posterior do joelho
- 6 - Terço superior da perna
- 7 - Terço médio da perna
- 8 - Terço inferior da perna
- 9 e 10 - Malcolares
- 11 - Dorsal do pé

REGIÕES:

- 1 - Inguinal
- 2 - Crural
- 3 - Terço superior da coxa
- 4 - Terço médio da coxa
- 5 - Terço inferior da coxa
- 6 - Joelho
- 7 - Rotuliana
- 8 - Terço superior da perna
- 9 - Terço médio da perna
- 10 - Terço inferior da perna
- 11 - Malcolares
- 12 - Dorsal do pé
- 13 - Pedaricula

REGIÕES

- 1 - Terço superior da coxa
- 2 - Terço médio da coxa
- 3 - Terço inferior da coxa
- 4 - Rotuliana
- 5 - Face interna do joelho
- 6 - Popliteia
- 7 - Terço superior da perna
- 8 - Terço médio da perna
- 9 - Terço inferior da perna
- 10 - Malcolar interna
- 11 - Dorsal do pé
- 12 - Face interna do pé
- 13 - Calcaneana
- 14 - Primeiro pedaricula

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308050/19

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF: 017.195.492-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JOAO DOS SANTOS : 662.479.002-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

KEICIANE SOUSA DOS SANTOS : 017.195.492-06

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.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLÓRIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308050/19

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF: 017.195.492-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JOAO DOS SANTOS : 662.479.002-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação



KEICIANE SOUSA DOS SANTOS : 017.195.492-06

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.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002276/20

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF: 017.195.492-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 19/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

TELIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JOAO DOS SANTOS : 662.479.002-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

KEICIANE SOUSA DOS SANTOS : 017.195.492-06

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: 03/01/2020
Nome: TELIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002354

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

Data do acidente: 19/05/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Descrição do exame físico: MIE: PERDA DE TECIDO EM REGIÃO DA PANTURRILHA COM CICATRIZAÇÃO HIPERTROFICA

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRURGICO LOCAL, NEGA FISIOTERAPIA E ALTA LOGO APÓS A SAIDA OD ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002354

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

Data do acidente: 19/05/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Descrição do exame físico: MIE: PERDA DE TECIDO EM REGIÃO DA PANTURRILHA COM CICATRIZAÇÃO HIPERTROFICA

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRURGICO LOCAL, NEGA FISIOTERAPIA E ALTA LOGO APÓS A SAIDA OD ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002354 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. (P7)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002354 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. (P7)

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOÃO DOS SANTOS RG N° 154147 SSP/RR E CPF N° 662.479.002-44, brasileiro, solteiro, autonomo , representante legal de KEICIANE SOUSA DOS SANTOS, CPF N° 017.195.492-06 residente na Rua Universo nº 2503 , Bairro: Raiar do Sol- Boa Vista - RR CEP.: 69.316-006. Tel.: (95) 99144-2196/ confiancacst@hotmail.com

VITIMA: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS , CPF N° 662.479.002-44, DATA DO SINISTRO: 19/05/2019, NATUREZA: INVALIDEZ.

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, Brasileira, Casada, Empresária, RG n° 5245559 SSP/RR, Data de Emissão: 30/01/2017 e CPF n° 739.248.066-91, Cujo endereço é: Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista-RR, 29 de maio de 2019.



JOÃO DOS SANTOS
JOÃO DOS SANTOS



PROCURAÇÃO

Outorgante: JOÃO DOS SANTOS RG N° 154147 SSP/RR E CPF N° 662.479.002-44, brasileiro, solteiro, autonomo , representante legal de KEICIANE SOUSA DOS SANTOS, CPF N° 017.195.492-06 residente na Rua Universo nº 2503 , Bairro: Raiar do Sol- Boa Vista - RR CEP.: 69.316-006. Tel.: (95) 99144-2196/ confiancacst@hotmail.com

VITIMA: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS , CPF N° 662.479.002-44, DATA DO SINISTRO: 19/05/2019, NATUREZA: INVALIDEZ.

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, Brasileira, Casada, Empresária, RG n° 5245559 SSP/RR, Data de Emissão: 30/01/2017 e CPF n° 739.248.066-91, Cujo endereço é: Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista-RR, 29 de maio de 2019.



João dos Santos
JOÃO DOS SANTOS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308050/19

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF: 017.195.492-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 19/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JOAO DOS SANTOS : 662.479.002-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

KEICIANE SOUSA DOS SANTOS : 017.195.492-06

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.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308050/19

Número do Sinistro: 3190518307

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF: 017.195.492-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 19/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 25/10/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002276/20

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF: 017.195.492-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JOAO DOS SANTOS : 662.479.002-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

KEICIANE SOUSA DOS SANTOS : 017.195.492-06

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: 03/01/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002354

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO DOS SANTOS

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

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002354

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO DOS SANTOS

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

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: 027.995.492-06 4 - Nome completo da vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS 6 - CPF: 027.995.492-06
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA UNIVERSO 9 - Número: 2503 10 - Complemento:
11 - Bairro: RAIA DO SOL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.336-006
15 - E-mail: confiancaest@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 98118-1200

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: JOÃO DOS SANTOS
18 - CPF do Representante Legal: 662.479.002-44 19 - Profissão do Representante Legal: AUTÔNOMO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 27792 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital na vítima ou beneficiário não assinante
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 03 de Setembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 027.995.492-06 4 - Nome completo da vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS 6 - CPF: 027.995.492-06
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA UNIVERSO 9 - Número: 2503 10 - Complemento:
11 - Bairro: RAIA DO SOL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.336-006
15 - E-mail: confiancaest@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 98118-1200

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: JOÃO DOS SANTOS
18 - CPF do Representante Legal: 662.479.002-44 19 - Profissão do Representante Legal: AUTÔNOMO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 27792 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização de 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital na vítima ou beneficiário não assinante
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 03 de Setembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 027.995.492-06 4 - Nome completo da vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS 6 - CPF: 027.995.492-06
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA UNIVERSO 9 - Número: 2503 10 - Complemento:
11 - Bairro: RAIA DO SOL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.336-006
15 - E-mail: confiancaest@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 98118-1200

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: JOÃO DOS SANTOS
18 - CPF do Representante Legal: 662.479.002-44 19 - Profissão do Representante Legal: AUTÔNOMO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 27792 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital na vítima ou beneficiário não assinante
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 03 de Setembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 027.995.492-06 4 - Nome completo da vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS 6 - CPF: 027.995.492-06
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA UNIVERSO 9 - Número: 2503 10 - Complemento:
11 - Bairro: RAIA DO SOL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.336-006
15 - E-mail: confiancaest@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 98118-1200

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: JOÃO DOS SANTOS
18 - CPF do Representante Legal: 662.479.002-44 19 - Profissão do Representante Legal: AUTÔNOMO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 27792 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital na vítima ou beneficiário não assinante
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 03 de Setembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020109/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/07/2019 09:21 Data/Hora Fim: 05/07/2019 09:50
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 05/07/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 19/06/2019 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: estrela dalva

Bairro: Raiar do Sol

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino
Profissão: Autônomo
Nome da Mãe: Lulza Julia dos Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Universo Nº: 1421
Bairro: Raiar do Sol

Nome Civil: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 25/10/2005
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Veronica de Souza Silva Nome do Pai: João dos Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Universo Nº: 1421
Bairro: Raiar do Sol

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020109/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado informa que no local e data supracitados a sua filha, Keiciane Sousa dos Santos, conduzia a sua bicicleta quando em determinado um automóvel desconhecido colidiu na traseira da bicicleta de sua filha jogando-a na calçada. Tal colisão causou lesões corporais em sua filha, pois a mesma sofreu ruptura em alguns ligamentos de sua perna esquerda, além de um profundo corte na mesma. A equipe do SAMU compareceu no local, fez os primeiros socorros e a encaminhou ao HGR. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT.

ASSINATURAS


Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Agente de Polícia
Matrícula 42000787
Responsável pelo Atendimento


João dos Santos
(Comunicante)



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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020109/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2019 10:16 Data/Hora Fim: 24/10/2019 10:23
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 05/07/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 19/05/2019 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: estrela daiva

Bairro: Raia do Sol

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 25/10/2005

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Veronica de Souza Silva

Nome do Pai: João dos Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Universo
Bairro: Raia do Sol

Nº: 1421

Nome Civil: JOÃO DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Profissão: Autônomo

Nome da Mãe: Luiza Julia dos Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Universo
Bairro: Raia do Sol

Nº: 1421

Nome Civil: TELVIA SANTIAGO GUEDES (COMUNICANTE (AUSENTE), PROCURADOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Santarém

Sexo: Feminino

Profissão: Empresário



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020109/2019-A01

Nome da Mãe: Terezinha Silva Santiago

Nome do Pai: Edmilson José Santiago

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 739.248.066-91

RG - Carteira de Identidade: 524555-9

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av: Bento Brasil

Bairro: Centro

Nº: 248

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado informa que no local e data supracitados a sua filha, Keiciane Sousa dos Santos, conduzia a sua bicicleta quando em determinado um automóvel desconhecido colidiu na traseira da bicicleta de sua filha jogando-a na calçada. Tal colisão causou lesões corporais em sua filha, pois a mesma sofreu ruptura em alguns ligamentos de sua perna esquerda, além de um profundo corte na mesma. A equipe do SAMU compareceu no local, fez os primeiros socorros e a encaminhou ao HGR. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT.

A COMUNICANTE SENHORA TELVIA QUE É PROCURADORA DO SENHOR JOÃO DOS SANTOS (CÓPIA ANEXA), COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/CORRIGIR A DATA DESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, O QUE FOI FEITO ACIMA, SIMPLEMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O ADITAMENTO/CORREÇÃO.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 1230908
Responsável pelo Atendimento

24 OUT. 2019

Telvia Santiago Guedes
(Procurador / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos artigos 339-Delusão/Culpa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020109/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2019 10:16 Data/Hora Fim: 24/10/2019 10:23
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 05/07/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 19/05/2019 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: estrela daiva

Bairro: Raiar do Sol

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 25/10/2005

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Veronica de Souza Silva

Nome do Pai: João dos Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Universo
Bairro: Raiar do Sol

Nº: 1421

Nome Civil: JOÃO DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Profissão: Autônomo

Nome da Mãe: Luíza Julia dos Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Universo
Bairro: Raiar do Sol

Nº: 1421

Nome Civil: TELVIA SANTIAGO GUEDES (COMUNICANTE (AUSENTE), PROCURADOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Santarém

Sexo: Feminino

Profissão: Empresário



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020109/2019-A01

Nome da Mãe: Terezinha Silva Santiago

Nome do Pai: Edmilson José Santiago

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 739.248.066-91

RG - Carteira de Identidade: 524555-9

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av: Bento Brasil

Bairro: Centro

Nº: 248

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado informa que no local e data supracitados a sua filha, Keiciane Sousa dos Santos, conduzia a sua bicicleta quando em determinado um automóvel desconhecido colidiu na traseira da bicicleta de sua filha jogando-a na calçada. Tal colisão causou lesões corporais em sua filha, pois a mesma sofreu ruptura em alguns ligamentos de sua perna esquerda, além de um profundo corte na mesma. A equipe do SAMU compareceu no local, fez os primeiros socorros e a encaminhou ao HGR. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT.

A COMUNICANTE SENHORA TELVIA QUE É PROCURADORA DO SENHOR JOÃO DOS SANTOS (CÓPIA ANEXA), COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/CORRIGIR A DATA DESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, O QUE FOI FEITO ACIMA, SIMPLEMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O ADITAMENTO/CORREÇÃO.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo

Agente de Polícia
Município de Boa Vista
Responsável pelo Atendimento

Telvia Santiago Guedes
(Procurador / Comunicante)

*Destino para os devidos fins, de direito que sou(su) único(s) responsável(is) pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pelas presentes declarações que dei/argui, conforme previsto nos artigos 339-Denúncia, Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Ευχαριστώ πολύ για τη φιλοξενία:

☐ DADOS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

1218

2 - № 6. 27.04.2011

7 - CFF 10-4-1

017.195.491.66

* - Nome completo da pessoa.

KEIGIANE SOUSA DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA INTERIORES DA PESSOA FÍSICA (RIRF) - BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULARSIS/SEP Nº 45/2012

RELIGIÃO: SOUZA DOS SANTOS E - CID: 07.195492-06
 ALUNO: 8-2º ano

PAIA UNIVERSO 9-1011-00 10-011111-00

CONFIDIANÇA	DO SOL	DOA VISTA	RE	69.31	006
-------------	--------	-----------	----	-------	-----

195 98118-120C

CPF do Representante Legal: 000.000.000-00 SAUTOS

662.479.002-44

 NOME PARA OBOLO DE FINE DE DIA, RESIDIR DE ANDRAGO ACIMA DE INFORMADO, CONTINUA COMPLETANDO AQUILO (ANEXAR ESP. 4) **Autônomo**
 NOME MENSA DO TITULAR DO CONTRATO

☒ RECUSO INFORMAR ☐ RESERVA S1000, 00 ☐ PAG. 000 00 000 000

☐ 1. BILANGAN BULANAN
☐ 2. BILANGAN BULANAN
☐ 3. BILANGAN BULANAN
☐ 4. BILANGAN BULANAN
☐ 5. BILANGAN BULANAN
☐ 6. BILANGAN BULANAN
☐ 7. BILANGAN BULANAN
☐ 8. BILANGAN BULANAN
☐ 9. BILANGAN BULANAN
☐ 10. BILANGAN BULANAN
☐ 11. BILANGAN BULANAN
☐ 12. BILANGAN BULANAN
☐ 13. BILANGAN BULANAN
☐ 14. BILANGAN BULANAN
☐ 15. BILANGAN BULANAN
☐ 16. BILANGAN BULANAN
☐ 17. BILANGAN BULANAN
☐ 18. BILANGAN BULANAN
☐ 19. BILANGAN BULANAN
☐ 20. BILANGAN BULANAN
☐ 21. BILANGAN BULANAN
☐ 22. BILANGAN BULANAN
☐ 23. BILANGAN BULANAN
☐ 24. BILANGAN BULANAN
☐ 25. BILANGAN BULANAN
☐ 26. BILANGAN BULANAN
☐ 27. BILANGAN BULANAN
☐ 28. BILANGAN BULANAN
☐ 29. BILANGAN BULANAN
☐ 30. BILANGAN BULANAN
☐ 31. BILANGAN BULANAN
☐ 32. BILANGAN BULANAN
☐ 33. BILANGAN BULANAN
☐ 34. BILANGAN BULANAN
☐ 35. BILANGAN BULANAN
☐ 36. BILANGAN BULANAN
☐ 37. BILANGAN BULANAN
☐ 38. BILANGAN BULANAN
☐ 39. BILANGAN BULANAN
☐ 40. BILANGAN BULANAN
☐ 41. BILANGAN BULANAN
☐ 42. BILANGAN BULANAN
☐ 43. BILANGAN BULANAN
☐ 44. BILANGAN BULANAN
☐ 45. BILANGAN BULANAN
☐ 46. BILANGAN BULANAN
☐ 47. BILANGAN BULANAN
☐ 48. BILANGAN BULANAN
☐ 49. BILANGAN BULANAN
☐ 50. BILANGAN BULANAN
☐ 51. BILANGAN BULANAN
☐ 52. BILANGAN BULANAN
☐ 53. BILANGAN BULANAN
☐ 54. BILANGAN BULANAN
☐ 55. BILANGAN BULANAN
☐ 56. BILANGAN BULANAN
☐ 57. BILANGAN BULANAN
☐ 58. BILANGAN BULANAN
☐ 59. BILANGAN BULANAN
☐ 60. BILANGAN BULANAN
☐ 61. BILANGAN BULANAN
☐ 62. BILANGAN BULANAN
☐ 63. BILANGAN BULANAN
☐ 64. BILANGAN BULANAN
☐ 65. BILANGAN BULANAN
☐ 66. BILANGAN BULANAN
☐ 67. BILANGAN BULANAN
☐ 68. BILANGAN BULANAN
☐ 69. BILANGAN BULANAN
☐ 70. BILANGAN BULANAN
☐ 71. BILANGAN BULANAN
☐ 72. BILANGAN BULANAN
☐ 73. BILANGAN BULANAN
☐ 74. BILANGAN BULANAN
☐ 75. BILANGAN BULANAN
☐ 76. BILANGAN BULANAN
☐ 77. BILANGAN BULANAN
☐ 78. BILANGAN BULANAN
☐ 79. BILANGAN BULANAN
☐ 80. BILANGAN BULANAN
☐ 81. BILANGAN BULANAN
☐ 82. BILANGAN BULANAN
☐ 83. BILANGAN BULANAN
☐ 84. BILANGAN BULANAN
☐ 85. BILANGAN BULANAN
☐ 86. BILANGAN BULANAN
☐ 87. BILANGAN BULANAN
☐ 88. BILANGAN BULANAN
☐ 89. BILANGAN BULANAN
☐ 90. BILANGAN BULANAN
☐ 91. BILANGAN BULANAN
☐ 92. BILANGAN BULANAN
☐ 93. BILANGAN BULANAN
☐ 94. BILANGAN BULANAN
☐ 95. BILANGAN BULANAN
☐ 96. BILANGAN BULANAN
☐ 97. BILANGAN BULANAN
☐ 98. BILANGAN BULANAN
☐ 99. BILANGAN BULANAN
☐ 100. BILANGAN BULANAN

☐ CONTA-POLIPANCA (para a abertura de contas de depósitos em nome de terceiros)
☐ CONTA CORRENTE (para a abertura de contas de depósitos em nome de terceiros)

NETO DO BANCO - 1100

INCL: [] [] CONT: [] [] AGENCIA: 8516 [] []

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

22-DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS

[illegible]

Não há "ML" que anula o sentido do agente ou da matéria residente; por

O lkt. que pretende a redução da atividade ou da produção, realizada por pessoas com fixa no Seguro-Desemprego.

[illegible]

... e a possibilidade de uma nova avaliação da situação da saúde pública, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços e a eficiência do sistema.

DECLARACAO DE UNICOS BENEFICIARIOS - PREENCHER APENAS SE FOR O CASO

10. DECLARACIONES

25 - Viteba dabotys, kaip jai padeda? ☐ Daig ☐ Ne

26 - Septyniolika informacijos ☐ Daig ☐ Ne

27 - Kaip dabotys, kaip jai padeda? ☐ Daig ☐ Ne

27- N30	VMS.	Re: du das:	37- VMS de la u	☐ Sim	31- VMS	☐ Sim	37- Se VMS de la u	☐ Sim	33- VMS de la u	☐ Sim
28- N30	VMS.	Re: du das:	37- VMS de la u	☐ Sim	31- VMS	☐ Sim	37- Se VMS de la u	☐ Sim	33- VMS de la u	☐ Sim

[illegible]

75 - Norma, Inc.	74 - 141 - Norma
------------------	------------------

35 - Nome completo do cliente e endereço residencial _____
 36 - Nome completo do cliente e endereço residencial _____

Assinatura da testemunha _____

16 - 2^a Nome _____
Cognome _____

17 - Assinatura de quem recebe e recebe radiao

40. Encosta Norte, Boa Vista, RR, 03 de Setembro de 2016

10 DOS SANTO

7015

1377-7442 (2022) 2022:104



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO
Wagner Mendes Coelho
Tabelião
José Coelho de Souza Neto
Substituto
Av. Atalida Teiva, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (065) 625 5808
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-104** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **171-V**, sob o Nº. **63156**, está Registrado o assento de **KEICIANE SOUSA DOS SANTOS**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **vinte e um de outubro de dois mil e cinco** às **09:51**, Hospital **Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth**, em **Boa Vista-RR**, filho(a) de **JOÃO DOS SANTOS** e **VERÔNICA DE SOUZA SILVA**, avós paternos: ******* e **Luiza Julia dos Santos**, e avós maternos: **Paulo Alferes Silva** e **Glória Silva de Souza**.

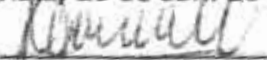
O registro foi efetuado no dia **25 de abril de 2007**

Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª Via**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 25 de abril de 2007



Oficial

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cristóvão Colombo, 400 - Boa Vista - RR



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO
Wagner Mendes Coelho
Tabelião
José Coelho de Souza Neto
Substituto
Av. Atalida Teivo, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 625 5808
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-104** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **171-V**, sob o Nº. **63156**, está Registrado o assento de **KEICIANE SOUSA DOS SANTOS**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **vinte e um de outubro de dois mil e cinco** às **09:51**, Hospital **Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth**, em **Boa Vista-RR**, filho(a) de **JOÃO DOS SANTOS** e **VERÔNICA DE SOUZA SILVA**, avós paternos: ******* e **Luiza Julia dos Santos**, e avós maternos: **Paulo Alferes Silva** e **Glória Silva de Souza**.

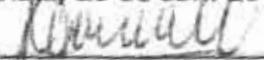
O registro foi efetuado no dia **25 de abril de 2007**

Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª Via**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 25 de abril de 2007



Oficial

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cristóvão Colombo, 400 - Boa Vista - RR