

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 Ilair Inácio de Souza

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

Joana Victória Oliveira Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.806.382 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Joana Victória Oliveira Bezerra

inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.806.382 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

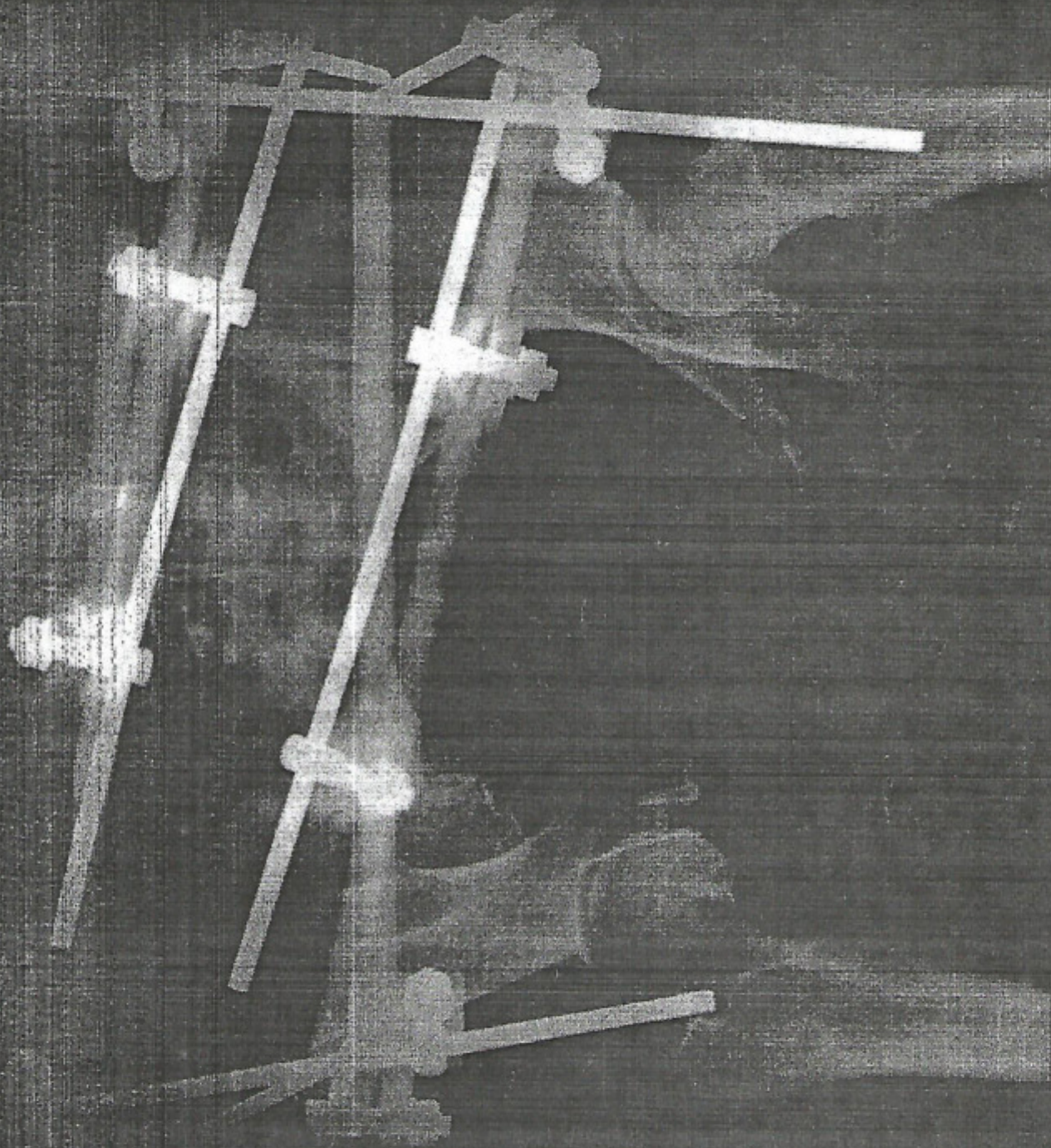
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>4332</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.209-309</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5060</u>

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante



D

JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

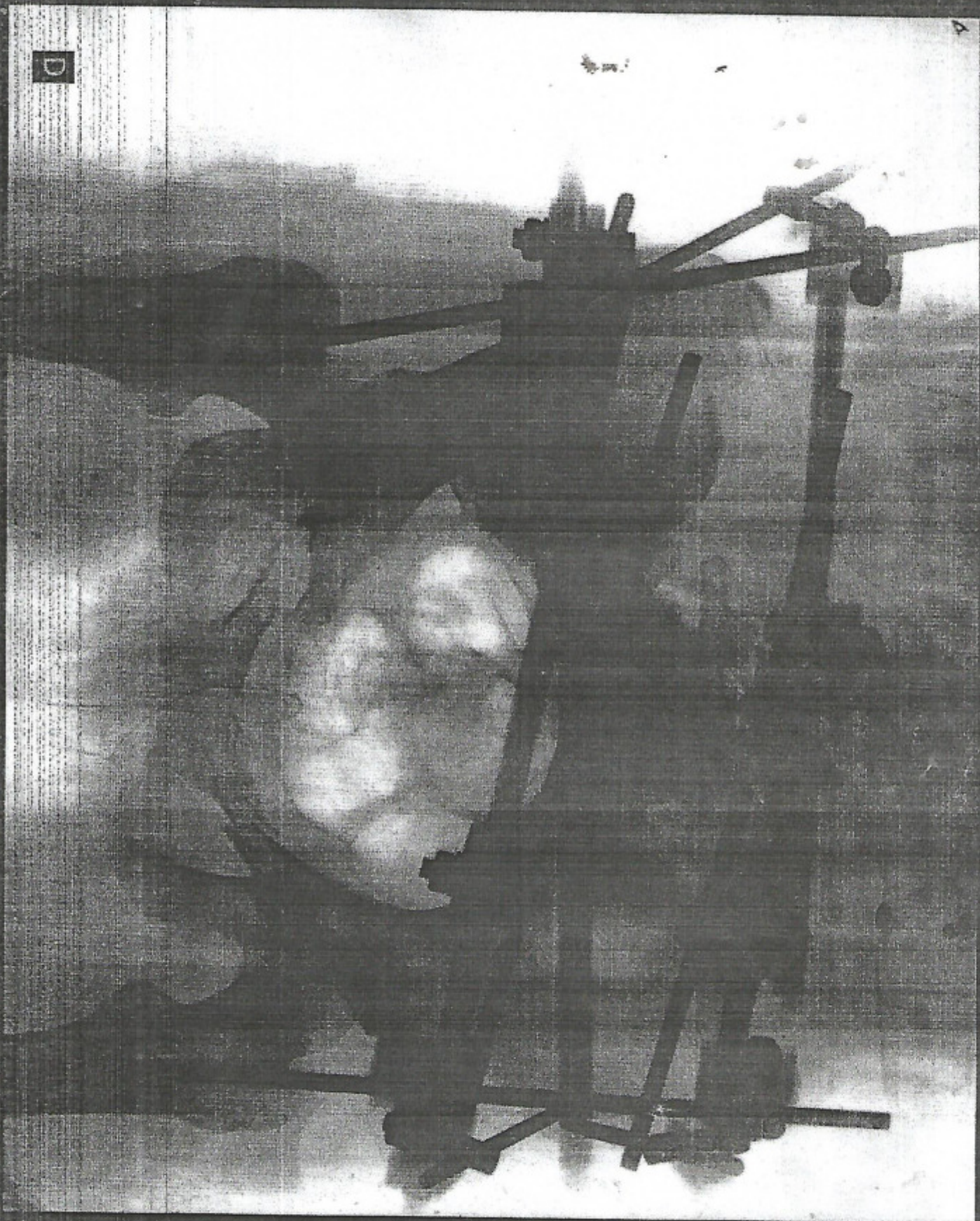
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

11/1/2019 17:03:53

49.1.1%

TR. QUEIMSON

A



D

JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

14/12/2019 17:03:53

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

1900095376 18/03/2019 09:36:19 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA MANHA 07-13 52

Paciente **JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA** Data Nascimento **13/03/2002** Idade **17 A 0 M 5 D** CNS **700504918316050** CPF **03380638200** Pronto Atendimento
 Tipo Doc Documento **ArgAção Emissor** Data Emissão **F** Sexo **F** Estado Civil **PARD** Raça/Cor **BOA VISTA** Naturalidade

IDENTIDADE
Mãe
ERICA CRISTINA OLIVEIRA MONTEIRO

Endereço
AVENIDA - JARDIM - 138 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR

Contatos
Cell: 9591572380 - - -

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE** N da Carteira Validade Autorização **Sis Prenatal**
 Motivo do Atendimento **SPA - PRONTO ATENDIMENTO** Caratê do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
 Setor Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **HALLYSON.MACKESA**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintoma Típo Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
 AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Conduta

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

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

Ábito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____:____:____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



1900095376

13 MAR. 2020

13 MAR. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
CNPJ: 05.370.016/0001-00

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

01 DADOS DO (A) PACIENTE:		DATA DE ATENDIMENTO		DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE Prontuário
Nome Completo: <i>Isana Victoria Oliveira</i>		07 01 2018		07	01	2018	07 :: 37	
SEXO: M () / F () Outros: ()		DATA NASC		DIA	MÊS	ANO	Idade:	Documento de Identificação
		13 03 2002		13	03	2002	17	C.P.F.
Estado Civil		Profissão:		Naturalidade:		Cor e Raça:		NACIONALIDADE
				Boa Vista RR		Branca		Brasileira
Logradouro e N°		Bairro		CEP:		Município		UF
		Vila de Satubá		6937394		Roraima		RR
FILIACÃO		PAI		MÃE				
				Ena Cristina Oliveira Montino				

02 DO ACIDENTE:

☐ RESIDÊNCIA ☐ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO ☐ TRÂNSITO ☐ OUTR

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:

☐ TRANSPORTADO ☐ DE AMBULÂNCIA ☐ REMOVIDO ☐ OUTROS (DESCREVER)

Outros (descrever)

TEMP: PESO / Kg: 100 X 80 m.m.Hg.

05 SE ACIDENTE DE TRABALHO OU A CAMINHO, ESPECIFICAR:

PROFISSÃO

DIA MÊS ANO HORA

01 01 2019 07:20

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:

ESPECIALIDADE:

RESUMO CLÍNICO: *Acidente (colisão) motorizada/carro, apresentando lesões por todo o corpo.*

EXAME FÍSICO: *BGM, eufórico, orientado; A.A.A.*

EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):

Rx

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO: *Politrauma*

PROVÁVEL: *Manter Paciente em TRAUMA até remoção definitiva*

08 DO (A) PACIENTE:

REMOVIDO (A) PARA

INTERNADO NO (A)

DATA			RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE		CARIMBO E ASSINATURA
DIA	MÊS	ANO			

C-2019-114

2. Dipirona (11) @

3. Tramadol 100mg/12ml 2x 100mg 6h, 9h, 12h @

4. Analgesia e oxigenoterapia.

2. Curativos clínicos cervicais

Martina C. Chaves
Médica
CRM-RR 1877

Cirurgia 02/03/19 às 14:20h.

Paciente virgem de 40 anos de idade com Escarificação na face/tórax e por perineu.

Glyson 15, Hb 10,0, Cx, 4cm, 3p.

Tórax com Escarificação Simétrica. PA=110 x 50mmHg.

ABVD 14, 2, 2, 2. FC=90 bpm.

Pupilas Isocóricas / Refleixos presentes. SVD - S/Hematúria. Urina (+) CLAS.

Na face - S/ Alterações.

Na perne - Escarificação palmar (Ito 2) (fixado + furo).

Se Anestesia pela orelha (fixação externa da pele). Sem Casca pela escarificação.

Dr. Claudio Linhares
Cirurgia Geral
CRM-RR 1417

Urologia.

Confere
com original.

Acordo de alta

(C) prot insul

Doç.

Lo Centro cirurgico

Hemojane (verbo)

Monitorizao de

acesso vascular

13 MAR. 2020

05.370.016-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONI DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - RR

Referenciado para Doç. Vitoria de Almeida



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
9. Tang Victoria Oliveira		
AGENTES	N 20	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45
	02	
LÍQUIDOS VENOSOS	Fr. múltipla L.	
DA	°C	240
X	38	220
ULSD	36	200
•	34	180
ANES	32	160
X	30	140
OP		120
O		100
TEMP		80
□		60
ASPIR.		40
A		20
RESP		
O		
Export		
Analst		
Contro		
SIMBOLOS		
AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A	Leptorvil 0.05mg E.V.	
B	Ketamin 50mg E.V.	
C	Propofol 50mg + 50mg E.V.	
D	Ketofol 1g E.V.	
E		
F		
G		
GLICOSE	LÍQUIDOS	Glicia - Naso / Oro Faríngea
NÍCIO	500	Naso / Orotraqueal - Cega
SANGUE	500	Sol - Temp - Calibre do Tubo
	500	Sob Máscara
	500	Dificuldade Técnica
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA
OPERAÇÃO	Exatidão don'tula estano	
	Proteção da boia múltipla	
ANESTESIA	CÓDIGO	CRURSIÃO
Dr. Rafael Azevedo T.	533	
Anestesiista CRM-RR 533		PERDA SANGÜINEA
		Confere com origina.

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONIE DE SOUZA PINTO

Br. 174 - Km. 458

CEP: 69.370-370

BOAINÓPOLIS

13 MAR. 2020



AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Resultado de Exames / Hemograma

Hematimetria	Homens	Mulheres	Coagulograma
Hemoglobina 11.7 g/dl	12 a 17 g/dl	12 a 15 g/dl	T.de Sangria: m s
Hematócitos 37.1 %	42 a 52 %	38 a 49 %	T.de Coagulação: m s
Leucômetria 24.900 u/l	4.500 a 10.000 u/l		Plaquetas: u/l
Mieloblastos	OBS: Série Vermelha:		T. de Protombina: segundos
Promielócitos			Atividade: %
Mielócitos	OBS: Série Branca:		RNI:
Metamielócitos %			TTPA: segundos
Bastonetes %	00 a 02 %		
Segmentados 79 %	40 a 70 %		
Eosinófilos 03 %	00 a 05 %		VHS:
Basófilos %	00 a 01 %		1º HORA: mm
Linfócitos 14 %	20 a 40 %		2º HORA: mm
Monócitos 04 %	01 a 07 %		Grupo sanguíneo:
Plaquetas: 286.000 u/l	150.000 a 350.000 u/l		F. RH:

Nº 01 - Bioquímico(a) Responsável

URINALISES

FÍSICA	QUÍMICA	SEDIMENTO
Volume: ml	PH:	Células:
Cor:	Glicose:	Leucócitos:
Densidade:	Corpos Cetônicos:	Hemácias:
Aspecto:	Hemoglobina:	Cilindros:
Depósito:	Proteína:	Cristais:
Chelo:	Bilirrubina:	Bactérias:
	Urubilinogênio:	Muco: B1 171-181-3
	Nitritos:	Outros: C.E.P. 69.371-570
	Leucócitos:	

Nº 02 - Bioquímico(a) Responsável

BIOQUÍMICA

Glicose	mg/dl	69 - 99 mg/dl	PCR	IMUNOLOGIA
Colesterol	mg/dl	150-200 mg/dl	Látex	Confere
Triglicerídeos	mg/dl	40-140 mg/dl	Aslo	com origina.
Ureia	mg/dl	14-40 mg/dl	VDRL	
Creatinina	mg/dl	0, 4-1, 3 mg/dl	Bhcg	
Prot. Totais	mg/dl	6, 0-8, 5 mg/dl	Troponina	
Acido Úrico	mg/dl	H 2, 5-7; m 1, 6-6, 0	Hbsag	
Bilirrubina Total	mg/dl	0, 1 a 1, 2 mg/dl	lote: val:	
Bilirrubina Direta	mg/dl	0, 1 a 0, 4 mg/dl	HCV	
Bilirrubina Indireta	mg/dl	0, 1 a 0, 3 mg/dl	lote: val:	
TGP:	u/l	5 - 38 U/L	HIV	
TGO:	u/l	11 - 39 U/L	lote: val:	

Nº 03 - Bioquímico(a) Responsável

BIOQUÍMICA

Amilase	U/dl	<90 U/dl	LDL - < 130	IMUNOLOGIA
Albumina	g/dl	3, 5-5, 5 g/dl	VLDL	
Lipase	u/l	2-15 U/l	HDL M->55	
CK-MB	u/l	0-24 U/l	F->65	
CPK	u/l	26-189 U/l		
Gama GT	u/l	M 12 a 45 u/l F 8 a 35 u/l		
Fosfatase Alcalina	u/l	Adultos 27-100/Crianças 75-390		

Nº 04 - Bioquímico(a) Responsável

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO

DATA: 01/01/2019

NOME: Joana Victória Oliveira

Nº 03 IDADE: Nº DE REGISTRO

MEDICO SOLICITANTE: Dr. Gustavo

13 MAR. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
CNPJ: 05.370.016/0001-00

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

01 DADOS DO (A) PACIENTE:		DATA DE ATENDIMENTO		DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE Prontuário
Nome Completo: <u>Jaana Victoria Oliveira</u>				07	01	2018	07 :: 37	
SEXO: M () / F () Outros: ()								
DATA NASC	Dia	Mês	Ano	Idade:	Documento de Identificação	C.P.F.	Cartão do SUS (CNS):	
73	03	2002	17			033.126.311		
Estado Civil	Profissão:	Naturalidade:	Cor e Raça:	NACIONALIDADE		Etnia		
		Brasileira	Brasileira	Brasileira				
Logradouro e Nº	Bairro	CEP:	Município	UF	Telefone:			
	11 137	6937394	Roraimópolis	RR				
FILIAÇÃO	PAI							
	MÃE	<u>Enza Cristina Oliveira Montenegro</u>						

02 DO ACIDENTE:	
☐ RESIDÊNCIA	☐ VIA PÚBLICA
☐ TRABALHO	☐ TRÂNSITO
☐ OUTR	

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:	
☐ TRANSPORTADO	☐ DE AMBULÂNCIA
☐ REMOVIDO	☐ OUTROS (DESCREVER)
Outros (descrever)	
Confere com original	

TEMP:	PESO / Kg:	05.370.016/0001-00	100	X	80	m.m.Hg.
-------	------------	--------------------	-----	---	----	---------

05 SE ACIDENTE DE TRABALHO OU A CAMINHO, ESPECIFICAR:	
PROFISSÃO	
DIA	MÊS
01	01
ANO	HORA
2019	07:20
OBSERVAÇÕES	
CEP: 69.370-970	

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:	
ESPECIALIDADE:	RORAIMÓPOLIS

RESUMO CLÍNICO: Acidente (colisão) motocicleta/carro, apresentando lesões por todo o corpo.

EXAME FÍSICO: Beu, supino, inconsciente, A.A.A.

EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO): Rx

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO: Politrauma

PROVÁVEL: Manter Paciente em TRAUMA sob cuidados definitivos até remoção

08 DO (A) PACIENTE:	
REMOVIDO (A) PARA	
INTERNADO NO (A)	

13 MAR. 2020

DATA			RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA
DIA	MÊS	ANO		

C. D. D. R. A. J. S. IV
③. Dipirona 400 (50) → 08 16
③. Tramadol 100mg/12ne até 100mg 8.0.0.1. (50)
④. Analgesia, antiespasmódica
→ curativos e curativos curativos

Marília C. Chaves
Médica
CRM-RR 1877

Prontuário 02/03/19 às 11:20h.

Paciente virgem de 40 anos de idade com queixa de
na face/tórax e por perna.

Glasgow 15, Histo clínico, Exame, 4 cm de altura, 3p1.

Tórax com expansão simétrica. PA=110 x 60 mmHg.

Abdomen flácido, insulso.

FC=90 bpm

Pupilas Isocóricas / Reativas. SVD = S/Hematúria.

União + clareza

Na face = S/ alterações.

Na perna = formação de tumor (isto) 3 ligam + 100g.

Sei avaliada pela enfermeira (fixação externa de fratura)
Sem lesão pela cirurgia cardíaca.

Dr. Claudio Linhares
Cirurgia Geral
CRM-BR 1417

Elson Aires da Silva
Diretor Geral
CPF 505.713.072-00
RSG 089

Urologia.

Acidente de alta

© 1º de instaur

Doença.

Boa rente cirúrgica

Hemograma (vermelho)

Monitorização de coagulação

acercar o sangue

para o do Vaso e do do Vaso.

Confere
com original

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOV. DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
BRASÍLIA
CEP. 70.670-000
BRASÍLIA

Referenciado



FICHA DE ANESTESIA

[illegible]

Confere
com origina

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR CELSO DE SOUSA PINTO
Bd. 174 - Km. 468
CEP. 69.370-970
BORAINÓPOLIS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

Confere
com original

BOLETIM OPERATÓRIO

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

DI 174 - RMI 458

CEP: 69.370-970

RORAINÓPOLIS

RR

Data: 01/01/19

O.S.

JOANA VILCA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

ELSON FARIAS DA SILVA
Diretor Geral
CPF: 505.713.012-00
HRS GOS

O.P. L.D.H.S.E.A

Supra Pubis / Cava op.

Encontro: paciente feminino
77 anos. História de artrite reumatoide
MODICISTICO alla greja quemadura asfal.
I. ce. em perna, coxa, abdome, seio, tórax
antr. do abd. D., prolaps. de estômago e intestino,
prolapso de bexiga masculina com prolapso de
nódulos e gânglios e total anexo de placenta, com
a falha, extirpando e apertando a moeda, por

13 MAR. 2020

④ Lupa e na b. so, cont. gale
de d. a. s.

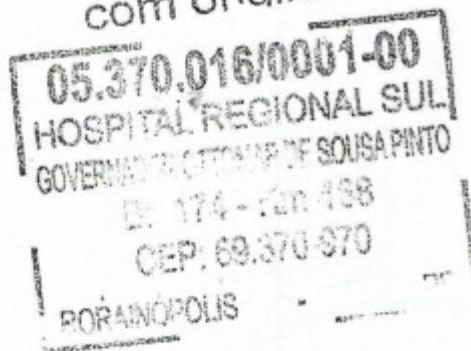
⑤ Placido, p. l. o. y. a. t. e. l. com p. r. o. d. u. c. t. o. s.
e. t. e. r. n. o. e. v. e. l. a. t. c. o. n. t. r. o. p. e. c. t. a. n. c. o.

⑥ Criteriosos meios an. l. a. n. e. l. i. t. e. r.

⑦ C. u. l. v. a. c. o. n. s. e. l. p. e. d. a. n. o. e. l. p. e. d. i.
+ n. o. d. e. v. e. l. a. t. c. o. n. t. r. o. p. e. c. t. a. n. c. o.

⑧ 10. 17. 1.

Confere
com origina.



93 MAR 2000

Dr. Gustavo F. F. F. F.
Ortopedia
CRM-RR 1235

1507 24/05/00
Diretor Geral
CPF: 505.712.072-00
H. S. O. S. P.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polgar Direito

Joana Victória Oliveira Bezerra

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 533495-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/07/2017

NOME
JOANA VICTÓRIA OLIVEIRA BEZERRA

FILIAÇÃO
OSNEY BEZERRA DA SILVA
ERICA CRISTINA OLIVEIRA MONTEIRO

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 27080 FLS 134-F LIV A-45
2 OF BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO
13/03/2001

CPF
033.806.382-00

1ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor de RDC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

13 MAR. 2020

13 MAR. 2020

13 MAR. 2020

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: 3200-112028 3 - CPF da vítima: 033.806.382-00 4 - Nome completo da vítima: Joana Victória Oliveira Bezerra

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

5 - Nome completo: Joana Victória Oliveira Bezerra 6 - CPF: 033.806.382-00
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: Cassimiro José do Silva 9 - Número: 1216 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Dr. Silvio Leite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-344
15 - E-mail: ELORRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)98404-5368

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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)

AGÊNCIA: 3994 2 CONTA: 22484 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ainda não nasceu)? ☐ 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 19/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112028 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA **Data do acidente:** 01/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ANEL PÉLVICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE QUADRIL BILATERAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL BILATERAL.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 05 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 06 //

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112028 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA **Data do acidente:** 01/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ANEL PÉLVICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE QUADRIL BILATERAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL BILATERAL.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 05 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 06 //

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Joana Victória Oliveira Bezerra
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	533495-0 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Cassimiro José da Silva, 1216, Dr. Silvino Leite

OUTORGADO

NOME:	Hein Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio P. Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 01/01/2019, cobertura Invalidez, vítima: Joana Victória Oliveira Bezerra, Rua Vista - RR, 10103/2020.

LOCAL E DATA

Joana Victória Oliveira Bezerra

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Escrivão
 Av. Ataláide Teves, 4507 - Ass. Brás - Boa Vista - RR
 Fone: (35) 3627-4000
 E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

188451-5607 c/24 de fev
 Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 de JOANA VICTÓRIA OLIVEIRA BEZERRA

Em testemunho da verdade, SSP
 Do que deu fé, Boa Vista/RR, 10 de março de 2020.
 Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portalssr.com.br
 REC FIR 168295NWRHGBTFQ9C9D618 /

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos ISS: R\$ 0,65 SEL O: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71

188451-5607
 Escrivente Autorizada

13 MAR. 2020

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112028

Vítima: JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

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, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112028

Vítima: JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112028

Vítima: JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000003994-2

Conta: 000010022484-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 4 - Nome completo da vítima:

033.806.382-00

Joana Victória Oliveira Bezerra

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Joana Victória Oliveira

033.806.382-00

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autônomo

Rua: Cassimiro José da Silva

1216

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Dr. Silvio Leite

Boca Vista

RR

69.314-344

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

LOIRRR@HOTMAIL.COM

19998403-5060

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 66991 1

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 11/03/2020

X JOANA VICTÓRIA O. BEZERRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE RORAINÓPOLIS
"Seu primeiro instrumento de cidadania"



BOLETIM DE Ocorrência: **1566/19**

DATA: 09/10/2019

HORA: 10:40hs

ATENDENTE: WENDEL FERNANDES SOARES

DELEGADO (A) TITULAR:

CID GUIMARÃES DA SILVA

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 01/01/2019

HORA: 07:20hs

LOCAL: AV. Dr. YANADARA FINAL DO ASFALTO ENTRADA DA VICINAL 02 ZONA URBANA DE RORAINÓPOLIS.

DADOS DA VÍTIMA

NOME: JOANA VICTÓRIA DE OLIVEIRA BEZERRA

RG: 533495-0 SSP/RR

CPF: 033.806.382-00

DATA DE NASCIMENTO: 13/03/2001

IDADE: 18, ANOS

SEXO: FEMININO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

CIDADE:

UF:

PAI: OSNEY BEZERRA DA SILVA

MÃE:

ERICA CRISTINA OLIVEIRA MONTEIRO

GRAU DE ESCOLARIDADE: SUPERIOR INCOMPLETO

ENDEREÇO: RUA-MONTE RORAIMA S/Nº SUELÂNDIA RORAINÓPOLIS

TELEFONE: 95 99157-2380

REFERÊNCIA: CASA DO SD PM OSNEY

DADOS DO INFRATOR

NOME: IDENTIFICADO POR "PAULO"

RG:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

NACIONALIDADE:

CIDADE:

UF:

PAI:

MÃE:

GRAU DE ESCOLARIDADE:

ENDEREÇO:

REFERÊNCIA

TELEFONE

CÓDIGO

INFRAÇÃO

DESCRIÇÃO

1013

TRÂNSITO

ACI.TRÂ.LES.COR.DAN.MAT

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que foi vítima de acidente de trânsito no dia 01/01/2019, onde foi confeccionado ROP PM RR RLIS nº2018737, e B.O nº004/2018, que este número de B.O na verdade é 004/2019, ratificando a numeração incorreta, relato...Que na data acima descrita a vítima a Sra. JOANA VICTÓRIA OLIVEIRA trafegava na Av. Dr. Yandara sentido centro bairro conduzindo uma motoneta HONDA/BIZ 125 ES COR ROSA Chassis:9C2JA04208R050630, RENAVAM-00946886695, PLACA NAU-5960 RR em nome de DIANA MARIA DE ALENCAR AMORIM relata que ao chegar no fim do asfalto da Av. Dr. Yandara só sentiu o impacto na traseira de sua motoneta, que um veículo FIAT/PALIO FIRE FLEX COR VERMELHO Chassis:9BD17146G62729247, RENAVAM-00877535175, PLACA JXG-7633 AM, em nome de MARIA PEREIRA DE OLIVEIRA e conduzido por um indivíduo identificado por "PAULO eletricitista" que após a colisão se evadiu do local sem prestar socorro a vítima, que o veículo foi localizado na lixeira de Rlis abandonado, que a vítima foi socorrida por uma equipe do SAMU vítima de lesão corporal de natureza grave e foi encaminhada para capital para HGRR, que o veículo foi encaminhado ao pátio do CIRETRAN para medidas administrativas e a motoneta entregue ao proprietário pois se encontrava em dias.

Registrase para fins de seguro DPVAT.

Esse é o relato.

WENDEL FERNANDES SOARES
AGENTE DE POLÍCIA

Joana Victória O. Bezerra
JOANA VICTÓRIA DE OLIVEIRA BEZERRA
COMUNICANTE

DESPACHO

() Fato atípico, archive-se.

() Intimar Comunicante

() Ao S. I. para providências

() Intimar as partes

() Aguardar audiência

() Aguardar novos fatos ou representação

() Elabore-se _____ Art(s) _____

() Encaminhe para outra(s) providência(a): _____

Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Polícia Civil

Testemunhas: _____

() Comunicante renúncia ao exercício do direito de queixa, conforme assinatura abaixo:

_____, Data ____/____/____, Horário: ____:____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denúnciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.

Delegacia de Rorainópolis

End.: Rua Hildemar Pereira de Figueiredo, s/nº, Cep.: 69373-000, - Pantanal - Rorainópolis/RR
Telefone: Plantão (95) 3238-1329/197 ou Gab. 3238-2114 - e-mail: dprorainopolis@pc.rr.gov.br

13 MAR. 2020

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - ROP

PM

Nr ROP

2018737

BO 004/19

RR

Data: 01/01/2019 Unidade: 3°CIPM Localidade: RORAINOPOLIS Vtr: 117 Kmi: 84900 Km: 84906 H Inicial: 07:00 HS H Final: 09:30 Cod Ocor: 1001-1013 CodProv: 13012-13999 Cod servPres: 14-99

LOCAL DA OCORRÊNCIA

End: VICINAL 02 KM 01

N: _____

Bairro: ZONA RURAL

Referência: FINAL ASFALTO

PESSOAS RELACIONADAS

VITIMA Nome: JOANA VITORIA OLIVEIRA Idade: 17 A Estado Civil SOLTEIRA

1 Endereço: LOTEAMENTO JARDIM FLORESTA Nr: _____ Bairro: JARDIM FLORESTA Cidade: BOA VISTA UF: RR

Profissão: ESTUDANTE RG: NÃO PORTAVA SSP: _____ CPF: _____ CNH: _____ Cat: _____

Acusado Nome: CONHECIDO COMO PAULO Idade: _____ Estado Civil _____

Endereço: _____ Nr: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Profissão: _____ RG: _____ SSP: _____ CPF: _____ CNH: _____ Cat: _____

TESTEMUNHA 1 Nome: DANIELE GRACAS COELHO Idade: 27 A Estado Civil UNIAO ESTAVL

3 Endereço: LOTEAMENTO JARDIM FLORESTA Nr: S/N Bairro: JARDIM FLORESTA Cidade: BOA VISTA UF: RR

Profissão: ATENDENTE DE LOJA RG: _____ SSP: _____ CPF: _____ CNH: _____ Cat: _____

TESTEMUNHA 2 Nome: HERBERT OLIVEIRA MACHADO Idade: 19 A Estado Civil SOLTEIRO

4 Endereço: VILA JARDIM PREDIO AÇAÍ BLOCO 1 Nr: _____ Bairro: CIDADE SATELITE Cidade: BOA VISTA UF: RR

Profissão: ESTUDANTE RG: _____ SSP: _____ CPF: 616.293.346-17 CNH: _____ Cat: _____

Nome: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

5 Endereço: _____ Nr: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Profissão: _____ RG: _____ SSP: _____ CPF: _____ CNH: _____ Cat: _____

ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS:

NADA DIGNO DE REGISTRO.

HISTÓRICO:

SENHOR DELEGADO DE POLICIA CIVIL, FOMOS ACIONADOS VIA 190, NO HORÁRIO ACIMA CITADO, DE QUE HAVIA ACONTECIDO UM ACIDENTE DE TRAFEGO ENVOLVENDO UM CARRO E UMA MOTOCICLETA, DESLOCAMOS E CONSTATAMOS A VERACIDADE DOS FATOS, ONDE DEPARAMOS COM A VITIMA CAIDA AO CHÃO SE QUEIXANDO DE MUITAS DORES. SEGUNDO RELATO DA TESTEMUNHA (ITEM 2) A VITIMA ESTAVA CONDUZINDO MA MOTOCICLETA MARCA HONDA BIZ 125 ES, DE COR ROSE, PLACA NAU 5960-RR, QUE TRAFEGAVA NA AV DRºYANDARA NO SENTIDO CENTRO BAIRRO, QUANDO A MESMA FOI ATROPELADA PELO VEICULO TIPO CARRO, MARCA PÁLIO DE COR VERMELHA PLACA JXG 7633-AM, QUE ESTAVA SENDO CONDUZIDO PELO CIDADÃO DE NOME PAULO. QUE APÓS O ATROPELAMENTO O MESMO EVADIU-SE NO SENTIDO VICINAL 01, SEM PRESTAR SOCORRO, FOI FEITO UMA DILIGENCIA ONDE O REFERIDO VEICULO FOI ABANDONADO NA LIXEIRA E O MOTORISTA DO REFERIDO VEICULO EVADIU-SE TOMANDO RUMO IGNORADO. A VITIMA FOI CONDUZIDA PARA O HOSPITAL PELA EQUIPE DO SAMU. SEGUNDO RELATO DA MEDICA DE PLANTÃO A VITIMA TEVE TRÊS FRATURAS NA BACIA E SERÁ REMOVIDA PARA CAPITAL BOA VISTA-RR, HOSPITAL GERAL. O VEICULO TIPO PÁLIO SERÁ APRESENTADO NO CIRETRAN APÓS SEREM TOMADAS AS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS. A MOTOCICLETA FOI ENTREGUE AO PROPRIETARIO POR ESTAR COM DOCUMENTAÇÃO EM DIAS FOI ENTREGUE AO RESPECTIVO DONO, QUE FARE O CONCERTO DAS AVARIAS. O VEICULO PÁLIO QUEBROU O PARA-CHOQUE DO LADO DIREITO. APRESENTO-LHE ESTE PARA AS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER.

13 MAR. 2020

RELATOR

Posto/Grad: Nome Completo:

Matrícula: 21254-7

Lotação

Bruno Pinheiro de Oliveira

Polícia Civil

Assinatura

2º TEN PM SÉRGIO DA SILVA GOMES

3º CIPM FRON

Data: 01/01/19 Hora: 19.15 Nome Completo: CARLOS ALBERTO ALVES BATISTA

RECEBIMENTO

Matrícula: 92005421

Função: AGENTE

Assinatura

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03994-2

CONTA: 000010022484-9

Nr. da Autenticação DF4006FE6C8C1537

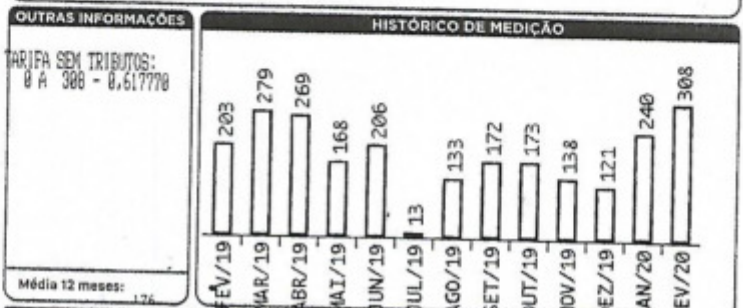
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	11/03/2020	308	277,67

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

CPF: 00038305151204

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 548	Atual: 21/02/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 240	Anterior: 24/01/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 28	Próxima leitura: 21/03/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 20/02/2020	Número Medidor: TDB1910534
Consumo medido: 308	Apresentação: 21/02/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 308		Modalidade: N 1519404

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	308 A R\$ 0,765725 =	235,84
ILUMINACAO PUBLICA			41,83



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/03/2020, em função das contas reaviscadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) contas vencida(s) e (a reaviscada(s)) no valor de R\$ 134,01 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
01/2020 260,66

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO							
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$							
Energia:	Encargos:						
Distribuição:	Tributos:						
Transmissão:							
IMPÓSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$							
Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR					
ICMS:							
PIS:	17,00%	40,89					
COFINS:	0,41%	0,96					
	1,51%	4,52					
235,84							
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIC			FIC		DMIC	DIQRI	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
Realizado	0,00			0,00			0,00
Conjunto FLORESTA				Período de apuração: 12/2019		EUSD: 36,46	

ROT: 5.001.12.04.021730



13 MAR. 2020