

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190417314 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
RIBEIRO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO.

Descrição do exame AO EXAME, MEMBROS SEM ALTERAÇÃO ANATÔMICA, SEM ALTERAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES E SEM **físico:** COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA NOS DOIS ANTEBRAÇOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 22/08/2019

Conduta mantida:

Observações: NÃO HÁ SEQUELA A SE INDENIZAR.

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: 3190417314 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
RIBEIRO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E URNA DIREITA.
FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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: P.2,7(BAM) P.9-15(IMAGEM)

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

PROCURAÇÃO

08 JUL 2019

OUTORGANTE:

NOME: Francidália Ribeiro dos Santos
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: funcionária RG: 273815 CPF: 833.163.652-00
ENDEREÇO: Al. no 100 Serra de Nagara 290 Aba Branca,

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzetta, 414 - Boa Vista - RR

VÍTIMA: RicR Richard. kery Freitas Ribeiro
CPF: 027.546.959-83 DATA DO ACIDENTE: 16/10/2018
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.

Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00

Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

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 27 de maio de 2019

X Francidália Ribeiro dos Santos
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
113439.5ceeb338e0e76
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"FRANCIDÁLIA RIBEIRO DOS SANTOS"

Em testemunho da verdade, EGO
De que dou fé, Boa Vista/RR, 29 de maio de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidades.portalsejor.com.br
RECFIR168296LGCQUK1D4U73B802 /

Encargos: R\$ 2,45 Fundos/ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 4,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230240/19

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

CPF: 811.163.652-00

CPF de: Representante

Data do acidente: 16/10/2018

Titular do CPF: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS : 811.163.652-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO : 811.163.652-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/07/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

DENILZE CORREA DANTAS

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230240/19

Número do Sinistro: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

CPF: 811.163.652-00

CPF de: Representante

Data do acidente: 16/10/2018

Titular do CPF: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS : 811.163.652-00

Autorização de pagamento

Tutela

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/08/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/08/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

DENILZE CORREA DANTAS

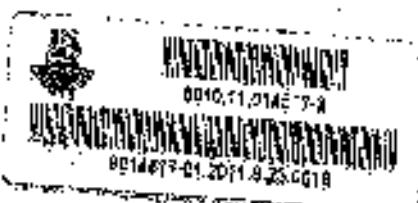
GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE RORAIMA
"Ampliando o horizonte"



ÁREA DE APOIO AO EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DE DIREITO DA VARA DA JUSTIÇA ITINERANTE DO
CORTEUDO MIGRATÓRIO DE RORAIMA.

09 AGO 2011



GENTE SEGUROADORA S/A
Av. Cidade Jardim, 441 - São Paulo - SP

ACORDO GUARDA E RESPONSABILIDADE

Requerente 1: **TEREZA DOS SANTOS FREITAS**

Carteira de Identidade: 210167 SSP/RR CPF/NR: 768.024.182-15

Estado Civil: Casada/a/married Profissão: Dona de casa

Endereço: Rua 842, nº 199 - Senador Ilélio Campos - nessa Capital.

fone Residencial: (95) 9156-0782 Fone Capanema: (95) Celular: (95) 9136-0714

Requerente 2: **FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS**

Carteira de Identidade: 273815 SSP/RR CPF/NR: 811.163.552-00

Estado Civil: Solteira Profissão: Micro empreendedor

Endereço: Av. Nossa Senhora da Nazaré, nº 240 - Asa Branca - nessa Capital.

fone Residencial: (95) 9147-4848 Fone Capanema: (95) Celular: (95) 9136-0714

Os Requerentes, acima qualificadas e abaixo assinadas, vêm à presença de Vossa Excelência, pela Defensoria Pública do Estado de Roraima, propor o presente **ACORDO DE GUARDA E RESPONSABILIDADE** do(a) menor **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**, pelos motivos fáticos e jurídicos a seguir aduzidos:

DOS FATOS

A Requerente 1 é genitora do menor em apreço, conforme faz prova a cópia da certidão de nascimento anexa. O genitor do menor faleceu no dia 10 de março de 2011, conforme faz prova a cópia da certidão de óbito em anexo.

DO ACORDO

Os requerentes acordam que o(a) menor **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**, fique sob a guarda e responsabilidade da requerente 2, lha paterne, podendo a genitora visitá-lo(a) livremente.

DOS ALIMENTOS

A genitora contribuirá espontaneamente para a manutenção da criança.

DO DIREITO

Para assegurar seu pleno, invocam os Requerentes o disposto no artigo 93, da Lei 8.089/90, ECA, in verbis:



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE RORAIMA
"Anavilhas, Pará de Minas"

"Art. 33 - A guarda obriga à prestação de assistência material, moral e educacional à criança ou adolescente, conferindo a seu detentor o direito de opor-se a terceiros, inclusive aos pais".

DO PEDIDO.

EX POSITIS, requer que se clique Vossa Excelência, em julgar procedente o presente ACORDO DE GUARDA E RESPONSABILIDADE do(a) menor RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO, conforme estipulado acima.

Requerem os benefícios da justiça gratuita, por serem considerados juridicamente pobres, conforme o que testifica o art. 2º, parágrafo único e art. 4º da Lei 1.060/50.

Requerem a intimação do Órgão do Ministério Público para atuar em todos os termos do presente acordo.

Protestam e requerem prover o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos.

Atribuem à causa o valor de R\$ 545,00 (Quinhentos e quarenta e cinco reais), para efeitos fiscais.

Pedem deferimento.

Boa Vista-RR, 06 de outubro de 2011.

Tereza dos Santos Freitas
TEREZA DOS SANTOS FREITAS

Francidálva Ribeiro dos Santos
FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Elaine Rodrigues Silva
Defensora Pública
QABUR 172

ÁREA DE SINISTROS - DEPAT
CONTÉUDO AUTOMATIZADO

09 AGO 2019

CENTRO DE SEGURANÇA 946
Av. Ceará, Centro, RR - CEP 69010-000



CENTRE DE GÉNÉRATION ET DE
TRANSFERT D'INNOVATION EN

TERMO DE RATIFICAÇÃO - GUARDA E RESPONSABILIDADE

Proc. 0610.13.014S17-3

Aos 6 de outubro de 2011, neste Vara da Justiça Itinerante, localizada no município de Boa Vista/RR, estando presente o(a) MM. Juiz de Direito, Dr. Erick Linhares, presente o(a) Promotor(a) de Justiça, compareceram o(a) Sr(a). TEREZA DOS SANTOS FREITAS, o(a) Sr(e). FRANCIA LVA RIBEIRO DOS SANTOS os quais, acompanhados pela Defensoria Pública, de livre e espontânea vontade, ratificaram o acordo de guarda e responsabilidade, e pediram sua homologação (fl.02).

Dada a palavra ui(a) ilustre Representante do Ministério P^úlico, manifestou-se no seguindo sentido: o pedido atende aos requisitos legais e preserva suficientemente os interesses da criança, razão pela qual optou pela homologação do acordo, na forma que foi apresentado.

Nantes, etc.

Visões, etc.
Em razão do exposto na inicial e, restando suficientemente preservado o interesse da criança, acolho o Parecer Ministerial, homologando o acordo a que chegaram as partes, declarando que doreavante **Francivalva Ribeiro dos Santos**, ficará com a guarda e responsabilidade do(a) menor: **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO** filho(a) de Francisco Ribeiro dos Santos (falecido) e Teresinha dos Santos Freitas assumindo o ônus de bem educar, fornecendo-lhe, educação, saúde, segurança e alimentação indispensável ao seu bom desenvolvimento físico e intelectual. Com fundamento no art. 269 e incisos do Código de Processo Civil, julgo extinto o presente processo, com análise de mérito, determinando, em consequência o arquivamento dos autos. Sem custas, tendo em vista o disposto no § 1º-II, do art. 42-b do COJURR.

Ernst Lohse
July 26 1916

Brackets (a) of Rule:

Defense(a) Pribilof(s):

Requester I: Elvira von Schleicher

Reparaturrie 16: Die mittlere Reise in den Saal

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
XERÉS DA JUSTIÇA FINANCIÁRIA

TIPO DE GUARDA E RESPONSABILIDADE

SEÇÕES DE ÁREAS DE MÉNOR

DOI:10.1109/54515-3

Compromissado(a): FRANCIS ALVA RIBEIRO DOS SANTOS

PRINCIPAL NA RIBEIRÃO DOS SANTOS

ଓনলাইন পত্রিকা

ପ୍ରକାଶ ପରିବାର

ANSA DE RISISTÊNCIA - DIFUSÃO CONTENDO NÃO INFORMADO

© 9. AGO 2019

CELESTE ADDONA 554

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
027.546.252-83

Nome:
PICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO

Nascimento
17/02/2006

CÓDIGO DE CONTROLE
09016C084A874988



Emitido pela Secretaria de Receita Federal do Brasil
às 11:37:47 do dia 24/07/2019 (hora e data de Brasília).
dígito verificador: 83

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ÁREA DE VERIFICAÇÃO - DIFVAT
Conteúdo não verificado

L 9 AGO 2019

Carteira de Seguradora SIA
de Contabilidade III - En 194 - 00

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

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO 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

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

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Tutela não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO 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



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

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Francidalva Ribeiro 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:

Francidalva Ribeiro dos Santos

6 - CPF: *811.163.652-00*

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

Av. Nossa Senhora de Nazaré

9 - Número:

290

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Área Branca

12 - Cidade:

Bonito

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300.000

15 - E-mail:

liderboanister.pendencia@hotmail.com

16 - Tel (DDP):

(65) 99117-5392

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:

Francidalva Ribeiro dos Santos

18 - CPF do Representante Legal:

811.163.652-00

19 - Profissão do Representante Legal:

Autônoma

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0653*

CONTA: *143051*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das **INVALIDEZES PERMANENTES DECORRENTES DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2018

SEGURO DA LIDER S.A.
16.000.000,00

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
nasцituro (velho/a):

Sim

Não

31 - Vítima
teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avôs vivos?

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Bonito, 05 de junho 2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:

4 - Nome completo da vítima:

Francidalva Ribeiro 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:

Francidalva Ribeiro dos Santos

6 - CPF: *811.163.652-00*

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

Av. Nossa Senhora de Nazaré

9 - Número:

290

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Área Branca

12 - Cidade:

Bonito

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300.000

15 - E-mail:

liderboavista.pendencia@hotmail.com

16 - Tel (DDP):

(65) 99117-5392

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:

Francidalva Ribeiro dos Santos

18 - CPF do Representante Legal:

811.163.652-00

19 - Profissão do Representante Legal:

Autônoma

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0653*

CONTA: *143051*

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

ÁREA DE SINISTRO - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2018

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 Lider para verificação da existência e quantificação das invalidezes permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTRO - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

LIDER SEGURO DA S.A. - LIDER SEGURO DA S.A.

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
nasцituro (velho/a):

Sim

Não

31 - Vítima
teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou
pais/avôs vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Bonito, 05 de junho 2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 ASI:

31901A17314

3 - CPF da vítima:

027.546.252.83

4 - Nome completo da vítima:

Rick Richard Kuy Freitas Ribeiro

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

5 - Nome completo:

Rick Richard Kuy Freitas Ribeiro

6 - CPF:

027.546.252.83

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Av. Nossa Sra. de Nazaré

9 - Número:

240

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Aca Branco

12 - Cidade:

Itaú Vista

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

69.300.000

15 - E-mail:

Liderboavista.pendencia@hfmail.com

16 - Tel. (DDD):

(95) 99117-5392

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:

Francidalva Ribeiro dos Santos

18 - CPF do Representante Legal:

811.163.652-00

19 - Profissão do Representante Legal:

Autônoma

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

AGENCIA: 0653

CONTA: 143051

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGENCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

 ANEXO DE DENTRO - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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):

09 AGO 2019

 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 ao pedido

Peço o motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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?

 Não

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

34

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 24 de julho 2019

Francisco Ribeiro dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

Nº: 015590/2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Ribeiro, 414 - Boa Vista - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/05/2019 10:24 Data/Hora Fim: 27/05/2019 10:42
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 27/05/2019
Delegado de Polícia: Glauber Carneiro Lorenzini

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 16/10/2018 21:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: nossa senhora de nazare

Bairro: Asa Branca

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS (COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - São Geraldo do
Profissão: Autônomo
Nome da Mãe: Maria dos Anjos Ramalho Ribeiro

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Avenida Nossa Senhora de Nazaré Nº: 240
Bairro: Asa Branca

Nome Civil: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 14/10/2011
Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Tereza dos Santos Freitas

Nome do Pai: Francisco Ribeiro dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 027.546.252-83

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Avenida Nossa Senhora de Nazaré Nº: 240
Bairro: Asa Branca

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015590/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada informa que o seu filho adotivo conduzia a sua bicicleta e quando foi atravessar a referida avenida um veículo desconhecido o atropelou. Tal atropelamento causou algumas lesões corporais em seu filho, pois fraturou os dois braços. Após o acidente o condutor do automóvel fugiu do local sem prestar socorro. A vítima foi socorrida pelos vizinhos e foi levado por sua mãe para o Hospital Santo Antônio. A PM não compareceu no local do acidente. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT.

ASSINATURAS



Francidalva Ribeiro dos Santos
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins que o acima constante é o comunicante que assinou pelas informações acima assentadas e ciente que poderá 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."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DISPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do Lísteno ou ASI:

3 - CPF do Vítima:

332.596.302-06

4 - Nome completo da vítima:

laide Galvão justino

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

5 - Nome completo:

laide Galvão justino

6 - CPF:

332.596.302-06

7 - Profissão:

do lar Av. Rio Branco

7 - CPF:

298

8 - Endereço:

Av. Rio Branco

9 - Número:

298

10 - Bairro:

Centro

11 - Complemento:

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

Roraima

14 - CEP:

69.345-012

15 - Telef. (DDI):

(95) 98109-3349

16 - Telef. (DDI):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO DE IDADE ENTRE 0 A 19 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS:

BENEFICIÁRIO É INIDENITIFICADO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INIDENITIFICAÇÃO, CURADOR/TUTOR

CONTA POUPANÇA (somente para os beneficiários: Assistente social, opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (titular da conta)

Nome do BANCO:

DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 0250 CONTA: 29 224 9

(Inserir o número de agência) (Inserir o número de conta) (Inserir o número de agência) (Inserir o número de conta)

Autentico a Seguradora Lider a creditar na conta bancária a informada, o valor da inidencia de R\$ 100,00 (cem reais), referente ao Seguro DPVAT, que é devida e devidamente paga, desde já e sempre e após a prelevação do crédito, quitado, total ou parcialmente, devidamente paga, desde já e sempre e após a prelevação do crédito, quitado, total ou parcialmente.

22 - DECLARAÇÃO DE ALUSÃO DE (NUDO DO IML - PREenchimento somente para cobertura de INVALIDEZ PERMANENTE NAO VERSATIL)

Declaro que as penas de lei, que eventualmente resultarem, de presentes, devoção com relação ao edital do (NUDO) não me liga de pagamento de Incapacidade do Seguro DPVAT por invalidez permanente, não versatil que é devidamente paga, desde já.

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realize perícias para fins do Seguro DPVAT; 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 não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

06 JUL 2019

Faz, motivo assinado, sólito e proseguição da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, não versatil, que é devidamente paga, desde já, em face à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência de incapacidade permanente de acordo com a tabela, conforme o art. 5.186/74, art. 39, § 9º, declarando que esta autorização não significa prévia e comprovada a existência de incapacidade permanente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREenchimento somente para COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Sobr.:

Brasília (DF)

Pará (PA)

Brasil (BR)

Brasil (BR)

Brasil (BR)

24 - Civil da vítima:

25 - Estado civil da vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima:

Sim

29 - Se a vítima é filha, informar:

Sim

Não

30 - Vítima:

Sim

31 - Vítima:

Não

32 - Se a vítima é filha, informar:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

33 - Vítima:

Não

34 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

35 - Vítima:

Não

36 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

37 - Vítima:

Não

38 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

39 - Vítima:

Não

40 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

41 - Vítima:

Não

42 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

43 - Vítima:

Não

44 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

45 - Vítima:

Não

46 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

47 - Vítima:

Não

48 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

49 - Vítima:

Não

50 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

51 - Vítima:

Não

52 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

53 - Vítima:

Não

54 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

55 - Vítima:

Não

56 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

57 - Vítima:

Não

58 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

59 - Vítima:

Não

60 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

61 - Vítima:

Não

62 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

63 - Vítima:

Não

64 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

65 - Vítima:

Não

66 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

67 - Vítima:

Não

68 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

69 - Vítima:

Não

70 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

71 - Vítima:

Não

72 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

73 - Vítima:

Não

74 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

75 - Vítima:

Não

76 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

77 - Vítima:

Não

78 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

79 - Vítima:

Não

80 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

81 - Vítima:

Não

82 - Vítima:

Não

Viv.:

Não

Viv.:

83 - Vítima:

Não

84 - Vítima:

Não

Viv.:

Não



98835

ATO SECRETARIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2006 Idade: 12 Anos / 7 Meses / 29 Dias
 Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO
 Sexo: MASCULINO
 Endereço: AV NOSSA SENHORA DE NAZARE Naturalidade:
 Bairro: ASA BRANCA
 CEP: 69309000 Cidade: BOA VISTA
 Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone:
 Nome da Mãe: TERESA CNS: 703608087233232

DADOS DO RESPONSÁVEL

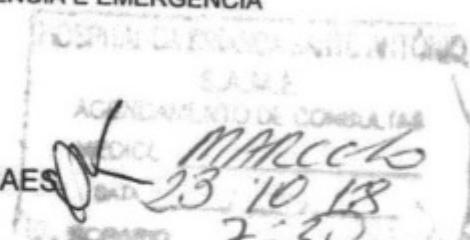
Responsável: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS Parentesco: TIO (A) Fone:
 Identidade: CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 98835 Data Atendimento: 16/10/2018 21:45:21 Data Classificação: 16/10/2018 21:45
 Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: UE || URGENCIA E EMERGENCIA
 Local de Procedência: DOMICILIO
 Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO

Observação:

Peso: 44.3 KG Temp.: 36 Usuário triagem: AILTON DOS REIS MORAES



ANAMNESE/HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO

Bem doente com 60 dias (Pai condutor) de
 Fratura em Roda e braço D., resto do corpo E.
 Agorá acidente (estacionamento) com carro
 OI dor no braço:
 dor em extensão do tornozelo e quadril.
 Típico: contusão.

 ÁREA DE SINISTROS - DIPMAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

EXAMES SOLICITADOS

Ur Autopatologico (Fratura)

 GENTE SEGURADORA S/A
 Dr. Capitão Mário Dantas, 400 - Bento - 100

CONDUTA

A Selo do Motociclista (faz cláusula e adesiva
 Suspensão de posto
 em Jato)

 Isabelle da S. Marcella
 13/10/2018

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

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



CNPJ: 05.838.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.085.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.308-010

ATENDIMENTO CAERR
0600 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula:

206067

Maio/2019

Dados do Cliente:

FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Endereço para entrega:

AV NOSSA SENHORA DE NAZARE, 240 - ASA BR
ANCA-BOA VISTA RR-69000-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001-012-099-0001-000	9	5274	RESIDENCIAL
Hidrômetro			Situação Água
Y11B007026	19/06/2012	CORTADO	Situação Esgoto
LEITURA FAT.	1467	CONSUMO (m³)	POTENCIAL
LEITURA INF.	1477	10	34
DT. LEITURA	16/04/2019	20/05/2019	

ULTIMOS CONSUMOS

201904	10-14
201903	10-14
201902	0-32
201901	0-0
201812	0-0
201811	0-0
MÉDIA	3

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	E.COL.
EXIGIDAS	198	198	198	198	198
ANALISADAS	284	284	284	284	284
CONFORMES	284	284	284	284	284

DESCRICAÇÃO

AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

10 M3 23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019

0,47

VENCIMENTO:

15/06/2019

TOTAL A PAGAR

24,30

AVISO: EM 30/04/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
206067	05/2019	15/06/2019	24,30

82690000000- 9 24300004001- 0 00020606701- 9 05201970003- 9



Via da CEP

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

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



CNPJ: 05.838.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.085.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.308-010

ATENDIMENTO CAERR
0600 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula:

206067

Maio/2019

Dados do Cliente:

FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Endereço para entrega:

AV NOSSA SENHORA DE NAZARE, 240 - ASA BR
ANCA-BOA VISTA RR-69000-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001-012-099-0001-000	9	5274	RESIDENCIAL
Hidrômetro			Situação Água
Y11B007026	19/06/2012	CORTADO	Situação Esgoto
LEITURA FAT.	1467	CONSUMO (m³)	POTENCIAL
LEITURA INF.	1477	10	34
DT. LEITURA	16/04/2019	20/05/2019	

ULTIMOS CONSUMOS

201904	10-14
201903	10-14
201902	0-32
201901	0-0
201812	0-0
201811	0-0
MÉDIA	3

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	E.COL.
EXIGIDAS	198	198	198	198	198
ANALISADAS	284	284	284	284	284
CONFORMES	284	284	284	284	284

DESCRICAÇÃO

AGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

10 M3 23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019

0,47

VENCIMENTO:

15/06/2019

TOTAL A PAGAR

24,30

AVISO: EM 30/04/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
206067	05/2019	15/06/2019	24,30

82690000000- 9 24300004001- 0 00020606701- 9 05201970003- 9



Via da CEP

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

 Nº da Nota Fiscal **003121638**

 A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
 pela Lei nº 10.438 de 29 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	705	579,07

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão Júlio Brant, 444 - Boa Vista - RR

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO
AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 02 LIBERDADE
CPF: 00024172596215
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA **ROT: 5.001.12.02.027408**

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	41300		Atual: 24/06/2019
Anterior:	40595		Anterior: 27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 24/07/2019
Consumo Medido:	705		Emissão: 19/06/2019
Consumo Faturado:	705	FCAM	Apresentação: 24/06/2019

NORMAL
28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Pasta	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	11EDB04342 N	1525102	1.1.1.2	916

HISTÓRICO kWh	
Mês/ano consumo	
MAI/19	881
ABR/19	1051
MAR/19	903
FEV/19	1039
JAN/19	816
DEZ/18	893
NOV/18	1035
OUT/18	1086
SET/18	823
AGO/18	955
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 705	- 0,634620

DESCRÍPCAO DA CONTA

CONSUMO 705 A R\$ 0,773664 = 545,43
 ILUMINACAO PUBLICA 33,64

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes./Ano **05/2019** Valor R\$ **729,98** Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 19/07/2019, em função das contas reavisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e/ou reavispada(s) no valor de R\$ 885,79 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
RESERVADO AO FISCO 4CAD.F901.9153.C487.3F00.E303.A9CD.F457

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	138,49	Base de Cálculo:	545,43
Energia:	293,68	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	92,72
Encargos:	15,25	Valor do PIS:	0,93
Tributos:	98,01	Valor do COFINS:	4,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
0,00			0,00		0,00		

FLORESTA
04/2019 344,83

ROT: 5.001.12.02.027408

SEU CÓDIGO
0102074-9
TOTAL A PAGAR - R\$
579,07




Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO
0102074-9

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garoéz, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEEFAZ 368/12

Nº da Nota Fiscal 003121638

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSSE

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

CONTAS MÉS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	705	579,07

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO
AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 02 LIBERDADE
CPF: 00024172596215
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA ROT: 5.001.12.02.027408

ROT: 5.001.12.02.027408

DATA DA LEITURA	KWh	KVArh	DATA DA LEITURA
Atual:	41300		24/06/2019
Anterior:	40595		27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		24/07/2019
Consumo Medido:	705		19/06/2019
Consumo Faturado:	705	FCAM	24/06/2019

NORMAL

29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Pasta	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	11EFD804342 N	1525102	1.1.1.2	916

HISTÓRICO kWh		DESCRICAÇÃO DA CONTA		
Mês/ano	consumo	CONSUMO	705 A R\$ 0,773664 =	545,43
MAI/19	881	ILUMINACAO PUBLICA		33,64
ABR/19	1051			
MAR/19	903			
FEV/19	1039			
JAN/19	816			
DEZ/18	893			
NOV/18	1035			
OUT/18	1086			
SET/18	823			
AGO/18	955			
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
0 A 705 - 0,634620				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 29/07/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 885,79 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

05/2019 729,98

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

RESERVADO AO FISCO 4CAD.F901.9153.C487.3E70.F303.A0CD.F4E3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	138,49	Base de Cálculo:	545,43
Energia:	293,68	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	92,72
Encargos:	15,25	Valor do PIS:	0,93
Tributos:	98,01	Valor do COFINS:	4,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE

项目	单位	数量	备注	操作
1	张	1		
2	张	1		
3	张	1		
4	张	1		
5	张	1		
6	张	1		
7	张	1		
8	张	1		
9	张	1		
10	张	1		
11	张	1		
12	张	1		
13	张	1		
14	张	1		
15	张	1		
16	张	1		
17	张	1		
18	张	1		
19	张	1		
20	张	1		
21	张	1		
22	张	1		
23	张	1		
24	张	1		
25	张	1		
26	张	1		
27	张	1		
28	张	1		
29	张	1		
30	张	1		
31	张	1		
32	张	1		
33	张	1		
34	张	1		
35	张	1		
36	张	1		
37	张	1		
38	张	1		
39	张	1		
40	张	1		
41	张	1		
42	张	1		
43	张	1		
44	张	1		
45	张	1		
46	张	1		
47	张	1		
48	张	1		
49	张	1		
50	张	1		
51	张	1		
52	张	1		
53	张	1		
54	张	1		
55	张	1		
56	张	1		
57	张	1		
58	张	1		
59	张	1		
60	张	1		
61	张	1		
62	张	1		
63	张	1		
64	张	1		
65	张	1		
66	张	1		
67	张	1		
68	张	1		
69	张	1		
70	张	1		
71	张	1		
72	张	1		
73	张	1		
74	张	1		
75	张	1		
76	张	1		
77	张	1		
78	张	1		
79	张	1		
80	张	1		
81	张	1		
82	张	1		
83	张	1		
84	张	1		
85	张	1		
86	张	1		
87	张	1		
88	张	1		
89	张	1		
90	张	1		
91	张	1		
92	张	1		
93	张	1		
94	张	1		
95	张	1		
96	张	1		
97	张	1		
98	张	1		
99	张	1		
100	张	1		
101	张	1		
102	张	1		
103	张	1		
104	张	1		
105	张	1		
106	张	1		
107	张	1		
108	张	1		
109	张	1		
110	张	1		
111	张	1		
112	张	1		
113	张	1		
114	张	1		
115	张	1		
116	张	1		
117	张	1		
118	张	1		
119	张	1		
120	张	1		
121	张	1		
122	张	1		
123	张	1		
124	张	1		
125	张	1		
126	张	1		
127	张	1		
128	张	1		
129	张	1		
130	张	1		
131	张	1		
132	张	1		
133	张	1		
134	张	1		
135	张	1		
136	张	1		
137	张	1		
138	张	1		
139	张	1		
140	张	1		
141	张	1		
142	张	1		
143	张	1		
144	张	1		
145	张	1		
146	张	1		
147	张	1		
148	张	1		
149	张	1		
150	张	1		
151	张	1		
152	张	1		
153	张	1		
154	张	1		
155	张	1		
156	张	1		
157	张	1		
158	张	1		
159	张	1		
160	张	1		
161	张	1		
162	张	1		
163	张	1		
164	张	1		
165	张	1		
166	张	1		
167	张	1		
168	张	1		
169	张	1		
170	张	1		
171	张	1		
172	张	1		
173	张	1		
174	张	1		
175	张	1		
176	张	1		
177	张	1		
178	张	1		
179	张	1		
180	张	1		
181	张	1		
182	张	1		
183	张	1		
184	张	1		
185	张	1		
186	张	1		
187	张	1		
188	张	1		
189	张	1		
190	张	1		
191	张	1		
192	张	1		
193	张	1		
194	张	1		
195	张	1		
196	张	1		
197	张	1		
198	张	1		
199	张	1		
200	张	1		
201	张	1		
202	张	1		
203	张	1		
204	张	1		
205	张	1		
206	张	1		
207	张	1		
208	张	1		
209	张	1		
210	张	1		
211	张	1		
212	张	1		
213	张	1		
214	张	1		
215	张	1		
216	张	1		
217	张	1		
218	张	1		
219	张	1		
220	张	1		
221	张	1		
222	张	1		
223	张	1		
224	张	1		
225	张	1		
226	张	1		
227	张	1		
228	张	1		
229	张	1		
230	张	1		
231	张	1		
232	张	1		
233	张	1		
234	张	1		
235	张	1		
236	张	1		
237	张	1		
238	张	1		
239	张	1		
240	张	1		
241	张	1		
242	张	1		
243	张	1		
244	张	1		
245	张	1		
246	张	1		
247	张	1		
248	张	1		
249	张	1		
250	张	1		
251	张	1		
252	张	1		
253	张	1		
254	张	1		
255	张	1		
256	张	1		
257	张	1		
258	张	1		
259	张	1		
260	张	1		
261	张	1		
262	张	1		
263	张	1		
264	张	1		
265	张	1		
266	张	1		
267	张	1		
268	张	1		
269	张	1		
270	张	1		
271	张	1		
272	张	1		
273	张	1		
274	张	1		
275	张	1		
276	张	1		
277	张	1		
278	张	1		
279	张	1		
280	张	1		
281	张	1		
282	张	1		
283	张	1		
284	张	1		
285	张	1		
286	张	1		
287	张	1		
288	张	1		
289	张	1		
290	张	1		
291	张	1		
292	张	1		
293	张	1		
294	张	1		
295	张	1		
296	张	1		
297	张	1		
298	张	1		
299	张	1		
300	张	1		
301	张	1		
302	张	1		
303	张	1		
304	张	1		
305	张	1		
306	张	1		
307	张	1		
308	张	1		
309	张	1		
310	张	1		
311	张	1		
312	张	1		
313	张	1		
314	张	1		
315	张	1		
316	张	1		
317	张	1		
318	张	1		
319	张	1		
320	张	1		
321	张	1		
322	张	1		
323	张	1		
324	张	1		
325	张	1		
326	张	1		
327	张	1		
328	张	1		
329	张	1		
330	张	1		
331	张	1		
332	张	1		
333	张	1		
334	张	1		
335	张	1		
336	张	1		
337	张	1		
338	张	1		
339	张	1		
340	张	1		
341	张	1		
342	张	1		
343	张	1		
344	张	1		
345	张	1		
346	张	1		
347	张	1		
348	张	1		
349	张	1		
350	张	1		
351	张	1		
352	张	1		
353	张	1		
354	张	1		
355	张	1		
356	张	1		
357	张	1		
358	张	1		
359	张	1		
360	张	1		
361	张	1		
362	张	1		
363	张	1		
364	张	1		
365	张	1		
366	张	1		
367	张	1		
368	张	1		
369	张	1		
370	张	1		
371	张	1		
372	张	1		
373	张	1		
374	张	1		
375	张	1		
376	张	1		
377	张	1		
378	张	1		
379	张	1		
380	张	1		
381	张	1		
382	张			

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99

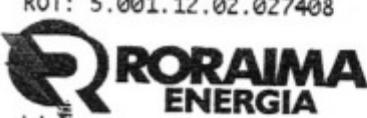
0,00

9/99

TOTAL A PAGAR - R\$

0103074-0

579.87



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)
 Capitalas 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Denilze Lorría Pantas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152-100, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francivalva Ribeiro dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 811.163.653-00,
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Rick Ricardo Kevay F. Ribeiro

Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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:	<i>Av. General Ataíde Jere</i>			Número:	<i>2748</i>	Complemento:	<i>02</i>
Barro:	<i>Aldeia</i>	Cidade:	<i>Boa Vista</i>	Estado:	<i>RR</i>	CEP:	<i>69.309-000</i>
E-mail:	<i>liderboavista.pendencia@hmail.com</i>			Tel.(DDD):	<i>(65)99117-5392</i>		

Local e Data: Boa Vista, 01/13 de junho 2019

Denilze Lorría Pantas

Assinatura do Declarante



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E 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 Denize Lorría F. F. Ribeiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francivalva Ribeiro dos Gontos inscrito (a) no CPF sob o Nº 811.163.652-00,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rick Ricardo Kevay F. Ribeiro

inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.546.252-83, 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: Av. General Staiole Teive

Bairro: Aldeia

E-mail: liderbaovista.pendencia@hotmail.com

Número: 0448 Complemento: 02

Estado: RR CEP: 69.309.000

Tel.(DDD): (051)99117-6392

Local e Data:

Boa Vista, RR, 13 de junho 2019

Assinatura do Declarante

Denize Lorría F. F. Ribeiro

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E 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 Francidalla Ribeiro dos Santos
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 811.163.652 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Rick Richard Kewy F. Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 027-546.252 / 83,
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Rick Richard Kewy F. Ribeiro,
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.546.252 / 83, 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. Nossa Senhora de Nazaré</u>		Número:	<u>290</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Alta Mancha</u>	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RE</u>	CEP:	<u>69.300.000</u>
E-mail:	<u>francidalla.ribeiro.dos.santos@hsmail.com</u>		Tel.(DDD):	<u>(45)99117-5392</u>		

Local e Data: Boa Vista, 04 de junho 2019

Francidalla Ribeiro dos Santos
 Assinatura do Declarante





Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
Hóspital da Criança Santo Antônio



PRONTUÁRIO

94468

LEIA DE CIMA PARA BAIXO
SÓ PELA PÁGINA

00 JUL 2011

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CÓDIGO SUS:

703608087233232

Sexo:

MASCULINO

Data Nascimento:

17/02/2006

Nome: RICK RICHAD KEVY FREITAS RIBEIRO

Nome: TEREZA DOS SANTOS FREITAS

Data do Cadastro: 04/07/2011



Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2006 Idade: 12 Anos / 7 Meses / 29 Dias

Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO

Sexo: MASCULINO

Endereço: AV. NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

Naturalidade:

Bairro: ASA BRANCA

Número: 240

CEP: 69809000

Cidade: BOA VISTA

Nacionalidade: BRASILEIRO (A)

Telefone:

Nome da Mãe: TERESA

CNB: 703608087233232

Responsável: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Parentesco: TIO (A)

Identidade:

Fone:

CPF:

Atendimento: 98835

Data Atendimento: 16/10/2018 21:45:21

Data Classificação: 16/10/2018 21:45

Origem: RECÉPÇÃO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Tipo: UE || URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Local de Procedência: DOMICÍLIO

Queixa Principal: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Observação:

Peso: 44,3 KG Temp.: 36 Usuário Imagem: AILTON DOS REIS MORAES

Foi de casa e saiu (P. a. andamento)
 fui para a Rodovia e viu D. , Rodovia da Beira, E.
 para acidente (caminhão e carro) ferido
 qd dor no braço :

não tem exames de ferida e
 expõe o resultado.

 ÁREA DE ADMINISTRAÇÃO - DP/MS
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Uso Anticoagulante (fratura)

GENTE SEGURADORA

) Seta de crista (fio de ferro e velcro
 suspenso no pé de ferro
 (a. Jacko)

Assinatura e Currículo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável



GUIA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

SUS

<u>SAME</u>	<u>TRIAGEM</u>
Prontuário nº:	Peso:
Livro de Registro nº:	Idade:
Horas Chegada:	Estatura:
Data: 23 /OUTUBRO/2018.	Hora de Atendimento:
Especialidade: <i>Neurologia</i>	Indígena: Sim () Não ()
Nome da Criança: <i>Lucas Henrique Freitas Ribeiro</i>	
Data de Nasc: _____ / _____ / _____	Sexo: Masc. () Fem. ()
Endereço: _____ Nº _____	Bairro: _____
País: _____	
Mãe: _____	
Fone: _____	Cel: _____
Cartão SUS: _____	
Queixa Principal: _____	

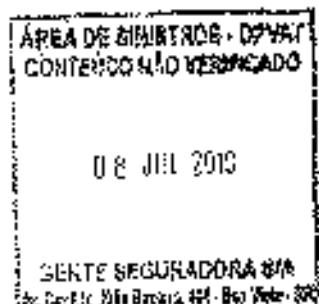
H.D.A.:

Exame Físico:

Impressão Diagnóstico:

Exames Solicitados:

Conduta:



Idade: 12 Anos / 3 Meses / 13 Dias

Prontuário: 10721 Data Nascimento: 17/02/2006

Nome do Paciente: RICK KÉVY FREITAS RIBEIRO

Sexo: MASCULINO

Endereço: AV DE 1440/1441 A 3998/3948 GENERAL ATAIDE TE Naturalidade:

Número: 0

Estado: UBERLÂNDIA

Cidade: BOA VISTA

CEP: 69300000

Telefone:

Nacionalidade:

CNS: T03608087230232

Nome da Mãe: FRANCINALVA RIBEIRO SANTOS

Responsável:

Parentesco:

Fone:

Identidade:

CPF:

Endereço:

Número: 0

Complemento:

CEP:

JAN

Atendimento: 46079

Data: 30/05/2018 15:10:24

Nome do Médico: HAROLDO WILSON MOREIRA DA SILVA

Tipo: PRIMEIRA CONSULTA

Especialidade: NEUROLOGIA

Peso: 16 | Altura:

- Desmame 12. Escola 1 - 3 ANOS
- Cefaleia frequente
- Tontura - GÊ.

Não TUE GÊ.
- Conusação

Exame Físico



Dr. Bc

Hu

ÁREA DE MINISTÉRIOS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JUN 2019



Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2008 Idade: 10 Anos / 9 Meses / 24 Dias
Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO
Sexo: MASCULINO
Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DE NAZARÉ DE 01 A Natura/idade: BOA VISTA
Bairro: ASA BRANCA Número: 240
CEP: 69312305 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: Telefone:
Nome da Mae: TERESA DOS SANTOS FREITAS CNS: 7030001087233232

Responsável: Parentesco: Fone:
Identidade: CPF:
Endereço: Número: 0
Complemento: CEP:

Atendimento: 117872 Data: 11/12/2018 07:14:21
Nome do Médico: MARCELO HENRIQUE DE SA ARRUDA
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Tipo: CONSULTA DE RETORNO
Peso: Altura:

jen M/13
com lesão lumbopelv.

W: 25/12/18
P: 61 M/13 / 16 / 50.
e

Dr. Marcelo Henrique de Sa Arruda
Ortopedista e Traumatologista
Pediátrico e Adulto

ÁREA DE SINISTROS - CPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

32/12/2018

GEANTE SEGURADORA S/A
Dr. Celso José Bento, 48 - Boa Vista - RO



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO
CIRÚRGICO



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: ____ / ____ / ____ O.S. ____

Diagnóstico Pré- Operatório

Indicação Terapêutica

Tipo de intervenção

Medicações e Acidentes

Cirurgião

1º Auxiliar

Instrumentadora

Anestesistas

Anestesia

Ínicio

Fim

Duração

RELATÓRIO CIRÚRGICO

ÁREA DE SINISTROS - CPVAT
CONTÉNUO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGUINADORA SIA
In: Cepita/Do: Bento/Op: Do: Hez/Op:

____ / ____
Data

Assinatura



Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2008
Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO
Sexo: MASCULINO
Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DE NAZARE DE 01 A Naturalidade: BOA VISTA
Número: 240
Bairro: ASA BRANCA Cidade: BOA VISTA
CEP: 69312306 Telefone:
Nacionalidade:
Nome da Mãe: TEREZA DOS SANTOS FREITAS CNS: 7036080087239232

Responsável: **Parentesco:**
Identidade: **CPF:**
Endereço: **Número:**
Complemento: **CEP:**

5000

Atendimento: 165333
Nome do Médico: MARCELO HENRIQUE DE SA ARRUDA
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Date: 30/04/2019 07:22:57

Para CONSULTA DE RETORNO

ÁREA DE REGISTROS - INVENTÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

08.01.2019

SENTE SEGURADORA S.A.
Av. Central, 555, Buenos Aires, Argentina.

SENTE SEGURADORA S/A
Av. Cecília Meireles, 166 - Rio das Ostras - RJ

REFERENCES

1000 J. Neurosci., November 1, 2006 • 26(44):9992–10003

— 1 —

ANSWER

— 1 —

Assentamento e Garimpo do Me

ASIAN JOURNAL OF LITERATURE

Assinatura do Paciente/Responsável



Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2006 Idade: 12 Anos / 8 Meses / 13 Dias
Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO
Sexo: MASCULINO
Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DE NAZARE DÉ 01 A Naturalidade:
Bairro: ASA BRANCA Número: 240
CEP: 69312305 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: Telefone:
Nome da Mãe: TEREZA DOS SANTOS FREITAS CNS: 703608087233232

Responsável:

Identidade:

Endereço:

Complemento:

Parentesco:

fone:

CPF:

Número: 0

CEP:

Atendimento: 103376

Nome do Médico: MARCELO HENRIQUE DE SA ARRUDA

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data: 30/10/2018 07:14:28

Tipo: CONSULTA DE RETORNO

Peso: Altura:

50m Anterior, com VSP AXILA-PAR MPT
311A PEP.

18 CONSOLE OK, PLS AGRAR.

W PLS OF se manta



ÁREA DE SINISTROS - DMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

RICK RICHARD XENEK FREITAS RIBEIRO
12 3100-15 17-02-2006

ESQUERDO

POLICLÍNICA COSME E SILVA

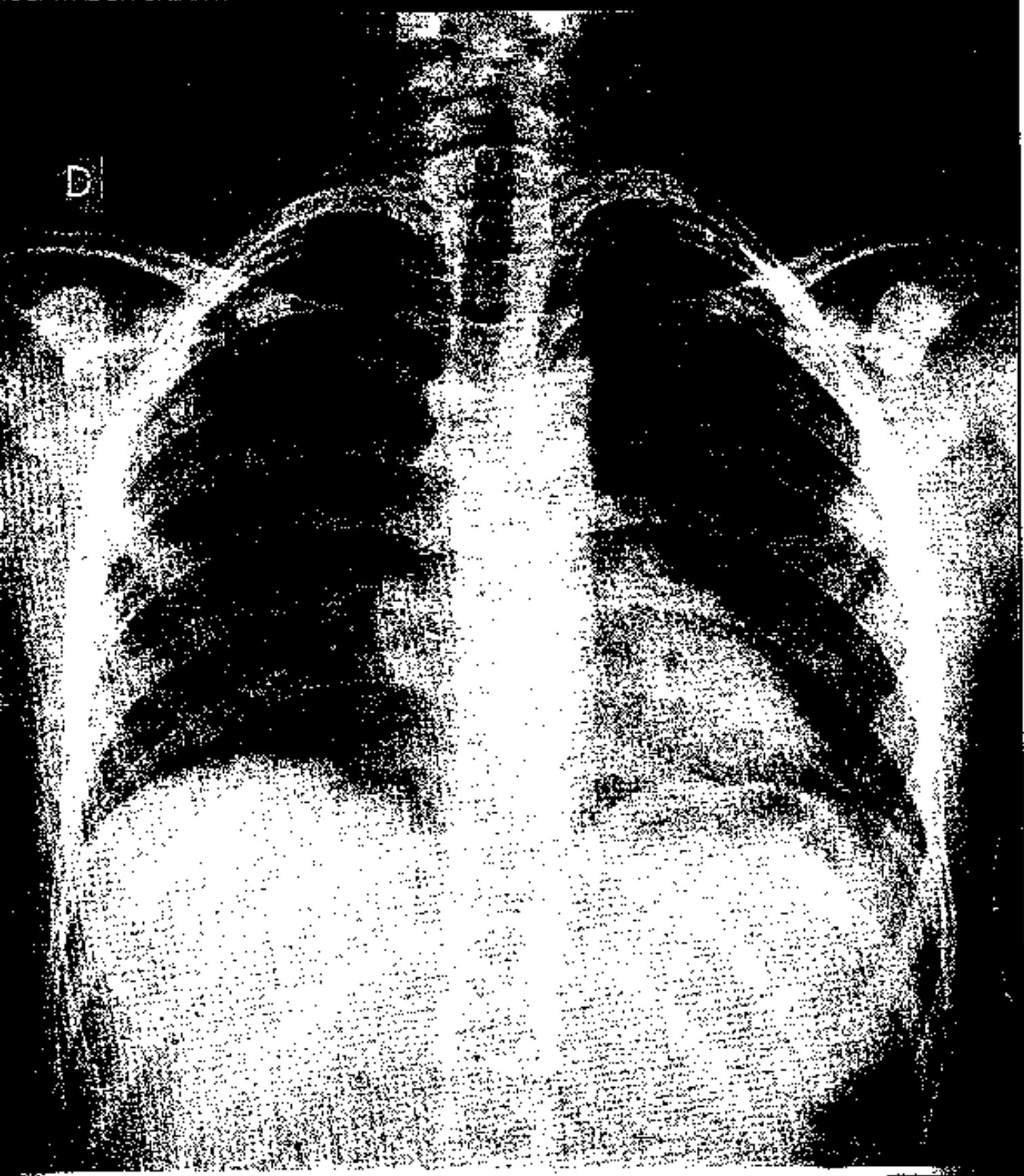
DIREITO

nick richard keven freitas milo rgo

ano(s) 17-02-2006

00000000000000000000000000000000

OLICLINICA COSME E SILVA



10

卷之三

JOSÉ ALBERTO SANTO ANTÓNIO

卷之三

3

卷之三

一

172

53

6

23

RECIBO DE 3000 PESOS
EN DOLARES

JUVENTUD DA CRISTO SANTO ANTONIO

D



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. Ataíde Teive, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 3625 5808
Boa Vista - Roraima

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Barreto, 444 - Boa Vista - RR

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. A-99 de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. 5-V, sob o Nº. 59824, está Registrado o assento de **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**, do sexo **M**, nascido(a) no dia **dezesseis de fevereiro de dois mil e seis às 02:44**, **Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth**, em Boa Vista-RR, filho(a) de **FRANCISCO RIBEIRO DOS SANTOS** e **TEREZA DOS SANTOS FREITAS**, avós paternos: **Francisco Jorge dos Santos** e **Maria dos Anjos Ramiro Ribeiro**, e avós maternos: **Julio Carlos de Freitas** e **Maria dos Santos Freitas**.

O registro foi efetuado no dia **18 de agosto de 2006**

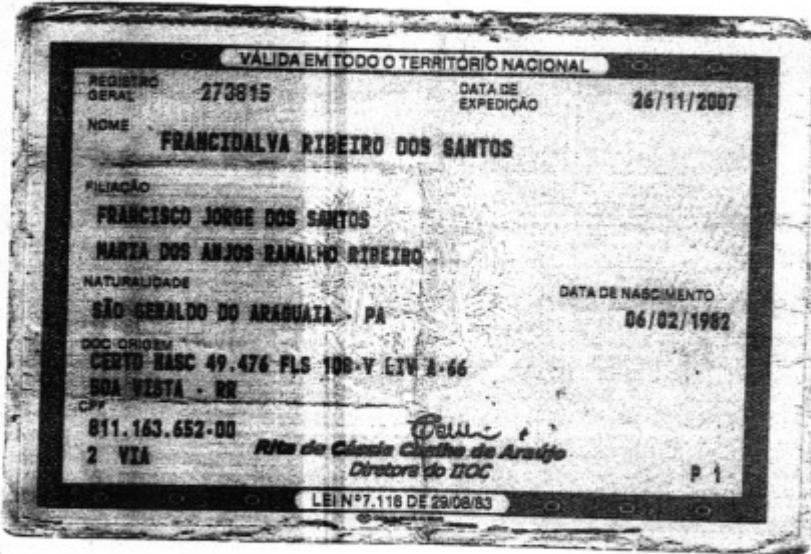
Foi declarante: o pai

Observação: 1ª Via

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 18 de agosto de 2006

Oficial



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bazzera, 484 - Boa Vista - RR





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190417314 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
RIBEIRO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO.

Descrição do exame AO EXAME, MEMBROS SEM ALTERAÇÃO ANATÔMICA, SEM ALTERAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES E SEM **físico:** COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA NOS DOIS ANTEBRAÇOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 22/08/2019

Conduta mantida:

Observações: NÃO HÁ SEQUELA A SE INDENIZAR.

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 %