

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2752236420200619155806

Processo 0814424-70.2020.8.23.0010 ☆ - (16 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Resizes Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória					
Filtros Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à Descrição:					
12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12					500 por pág. 1
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
12	19/06/2020 15:58:06	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		
		Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	Procurador		
		12.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2726574CONTESTACAO01.pdf	Público
		12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2726574CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
11	16/06/2020 15:42:54	12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
		RENÚNCIA DE PRAZO DE KARLA MICHELE COELHO GOMES	EDSON SILVA SANTIAGO		
		Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (04/06/2020)	Advogado		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA	SISTEMA CNJ		
10	15/06/2020 00:05:42	(Pelo advogado/curador/defensor de KARLA MICHELE COELHO GOMES) em 15/06/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (04/06/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ		
9	05/06/2020 10:42:39	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		
8	04/06/2020 14:38:46	Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 05/06/2020 referente ao evento de expedição seq. 8.	Procurador		
		EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA		
		Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	Analista Judiciário		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA		
7	04/06/2020 14:37:46	Para advogados/curador/defensor de KARLA MICHELE COELHO GOMES com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (04/06/2020)	Analista Judiciário		
6	04/06/2020 11:49:11	CONCEDIDO O PEDIDO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA		
			Magistrado		
			SISTEMA CNJ		
			SISTEMA CNJ		
5	03/06/2020 11:34:36	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
4	03/06/2020 11:34:35	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
3	03/06/2020 11:34:35	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ		
2	03/06/2020 11:34:35	Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
		DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ		
		4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
			SISTEMA CNJ		
1	03/06/2020 11:34:35	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	EDSON SILVA SANTIAGO		
			Advogado		



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

Processo: 08144247020208230010

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

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **18/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **20/09/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **18/09/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸art. 1º. (...)

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 8 de junho de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **KARLA MICHELE COELHO GOMES**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08144247020208230010.

Rio de Janeiro, 8 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Alessandro Silva

Para: luciana.braga@angelusseguros.com.br;
franciele.ramalho@angelusseguros.com.br
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA

Bom dia, Luciana e Franciele.

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independem de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

alessandro.silva@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138938/20

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190 7193 14

Data da solicitação: 30/05/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: KARLA MICHELE COELHO GOMES

CPF do beneficiário: 978.584.552-43

Nome do solicitante: TELVIA SANTIAGO GUEDES

CPF do solicitante: 739.248.066-91

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 98118-1200
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: CONFIANCACST@HOTMAIL.COM

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☒ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CAROS ANALISTAS.

DIANTE DA APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML, VENHO
SOLICITAR REANÁLISE DA NEGATIVA FEITA, VISTO QUE VÓS
DERAM A NEGATIVA BASEADOS APENAS NOS DOCUMENTOS
ENVIADOS E NÃO MANDARAM A SR KARLA PARA EXAME
MÉDICO PRESENCIAL. AFIRMO QUE A MESMA FICOU COM
DEBILIDADE.

AGUARDO RETORNO.
ATENCIOSAMENTE

TELVIA

BOA VISTA-RR, 10 DE MAIO DE 2020.

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)
Telvia G. Guedes (PROCURADORA)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



LAUDO DE EXAME DECORPO DE DELITO- **COMPLEMENTAR-Nº 1366/2020/IML/RR.**

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

AUTORIDADE REQUISITANTE:

➤ **Delegado (a) de Polícia Civil: RONALDO SCIOTTI P. SILVA FILHO.**

➤ **Requisição: Nº 003/2020/DAT. Referência: Nº 031696/2020 DP: DAT**

NOME: KARLA MICHELLE COELHO GOMES	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURALIDADE: NÃO INFORMADO
IDADE: 30 ANOS	SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL	COR: BRANCA
PROFISSÃO: NÃO INFORMADO	ESCOLARIDADE: NÃO INFORMADO
DOCUMENTAÇÃO: RG. Nº 264899 - SSP/RR	TELEFONE: (95)99123-6755
FILIAÇÃO: FRANCISCO DOS SANTOS GOMES E MARIA TEREZA COELHO GOMES	
ENDEREÇO: RUA PARIMA - Nº 48 - BAIRRO SÃO VICENTE - BOA VISTA/RR	
DATA/ HORA DO EXAME: 13/03/2020, às 07 horas e 33 minutos.	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo(a)Diretor(a), prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

➤ Tendo em vista os termos dos laudos anteriores nº **6407/2019/IML/RR**, do dia **21/11/2019**, voltou nesta data para exame complementar.

DESCRIÇÃO:

- Raio-X com fratura de bacia;
- Marcha atípica;
- Lamentação para agachamento e para rotação externa de membro inferior esquerdo;
- Lamentação para esforços repetitivos com membro inferior esquerdo.

CONCLUSÃO:

- Lesões contusa antiga.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- **PRIMEIRO:** Da lesão sofrida, resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM, CONFORME RELATO DA PERICIANDA.**
- **SEGUNDO:** Resultará incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, e em que consiste? **SIM, SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**
- **TERCEIRO:** Qual o estado de saúde atual do ofendido? **SEQUELADO.**
- **QUARTO:** Qual o tempo necessário para o seu restabelecimento? **SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

É por ser verdade digitei este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim, Otaniel Mendes de Souza Junior:

Francisco P. Fortes Jr.
Médico COM-RR
Nº 33002/RR

IML-RR

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69.309-005 - Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (Recepção), (95) 2121-3430 (Direção).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177759 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE, RAMO ÍSQUIO-PÚBICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: ABA OUTROS - LAUDO IML Nº 031696/2020 - 13/03/2020

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177759 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE, RAMO ÍSQUIO-PÚBICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: ABA OUTROS - LAUDO IML Nº 031696/2020 - 13/03/2020

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



1901163293 18/09/2019 11:18:30 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 20

Paciente: KARLA MICHELE COELHO GOMES
Data Nascimento: 11/09/1989 Idade: 30 A O M 7 D
CNS: 702806610875360 CPF: 97858455249 Prontuário: 00017502
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: 264899 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) PARDADA Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: MARIA TERESA DOS SANTOS
Endereço: FRANCISCO DOS SANTOS GOMES (95) 99123-4000
Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Setor: GRANDE TRAUMA
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA
Profissional do Atend.:
Procedência:
Temp.:
Peso:
Pressão:
Procedimento Sol.:
Registrado por: EDVAN NASCIMENTO

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *Por via perna*

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
*Paciente referiu dor e vermelhidão no local de acidente
referiu que a dor é constante e cursa com inchaço*

Exame Físico
BFG, LAC, LITAT

Hipótese Diagnóstica
Politrauma Fratura húmero, com lesão pulso e car

SADT - Exames Complementares
☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>DD: 18/09/2019 (18h)</i>	<i>18/09</i>	<i>em tratamento com analgésico e redução</i>
<i>Artic. de ombro</i>		
<i>MARLA M</i>		
<i>51702.0817.04</i>		
<i>001702.0817.04</i>		

Condução: ☒ Alta por indicação médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: *Unidade de Terapia Intensiva*
CRM-RR 2068
óbito: ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: *18/09/2019 11:18:30*

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____ Carimbo e Assinatura do Médico: _____

Impresso por: edvan.nascimento
Data Hora: 18/09/2019 11:19:27









GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NOME: KARLA Lucitônio Coral RECEBIMENTO

L A U N O

Paciente e futura da
Gacia, grávida,
precisa de uma cadeira
de rodas para se locomover

18/06/19
DATA

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-MG 566
Assessoria e Gestão

CLÍNICA ESPECIALIZADA GONONEL AROSA
Rua Coronel Pinho, 530 - Centro - 71.615-111
CET: 60.301-160 - CNPJ: 04.013.400/0001-00



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME:

KARLA NICHÉLE COELHO GOMES

LAUDO MÉDICO

Paciente rotineiramente o dia
18/09/19, apresentando brônquios
de basilar.

CID S32.5

Presença de ruído crepante
Tubo aproximada de 10 cm
de 100 cm de 10 cm de 90 (noventa)
de 10 cm.

DATA

27/09/19

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

ASSINATURA E CARIMBO

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

Alessandro Silva

Para: luciana.braga@angelusseguros.com.br;
franciele.ramalho@angelusseguros.com.br
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA

Bom dia, Luciana e Franciele.

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

alessandro.silva@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 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 Imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato
conosco informe
este número



Nº da Nota Fiscal 003447874

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	547	477,02

DORVAL DA SILVA PADILHA
R. PARIMA 48 SAO VICENTE
CPF: 00007063393200
CEP: 69.303-320 - BOA VISTA

ROT: 3.001.09.07.803200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVar/h	DATAS DA LEITURA
Atual:	99442		Atual: 15/08/2019
Anterior:	98895		Anterior: 16/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 15/09/2019
Consumo Medido:	547		Emissão: 14/08/2019
Consumo Faturado:	547	FCAH	Apresentação: 19/08/2019

Tipo de Abastecimento:	NORMAL	Tipo de Medição:		Quilômetros de rede:	30
------------------------	--------	------------------	--	----------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	F2907856	M 1603928	1.1.1.1.3	872

HISTÓRICO kWh	DESCRÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/19 805	CONSUMO 547 A R\$ 0,772737 = 422,68
JUN/19 566	CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00 0,02
MAI/19 754	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 0,94
ABR/19 1046	MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00 1,26
MAR/19 811	JUROS DE MORA POR ATR 06/19-00 0,23
FEV/19 1003	MULTA POR ATRASO 06/19-00 7,67
JAN/19 995	JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00 2,17
DEZ/18 773	ILUMINACAO PUBLICA 42,05
NOV/18 984	
OUT/18 1080	
TARIFA DE TRIBUTOS:	
0 A 547 - 0,634620	

Pago em
15/08/2019

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade Consumidora e Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. Para saber mais sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica, consulte o site da Roraima Energia.

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

Celular

RESERVADO AO FISCO 8B10.646D.DC7D.F6BD.EBF2.17BD.CC30.F4A6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	107,46	Base de Cálculo:	422,68
Energia:	227,86	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	71,85
Encargos:	11,83	Valor do PIS:	0,64
Tributos:	75,53	Valor do COFINS:	3,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	Normal	Comercial	Grande	Medio	Pequeno	Grande	Medio
Conteúdo	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Resposta	0,67			6,00			0,22

Centro 06/2019 159,59

ROT: 3.001.09.07.803200



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

SEU CÓDIGO

0017088-7

TOTAL A PAGAR - R\$

477,02

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

06/09/2019

Nº da Nota Fiscal: 003447874 FCAH

83620000004 7 77020075000 6 000000000017 4 08870819008 2



CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CPF: 00005763937899

CEP: 69.301-850 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual:	20134
Anterior:	19771
Dias de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	363
Consumo faturado:	363

DATAS DA LEITURA

Atual:	29/10/2019
Anterior:	26/09/2019
Próxima leitura:	29/11/2019
Emissão:	28/10/2019
Apresentação:	29/10/2019
R:	12.001.02.11.603050

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	B1
Número Medidor:	14TUB00002
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENCIONAL

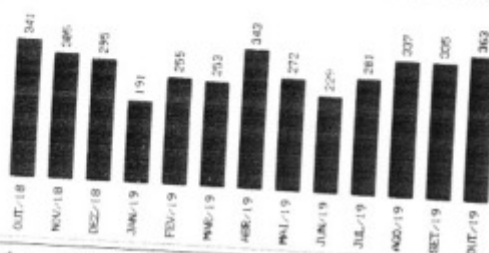
CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA

363 A R\$ 0,764602 = 277,55
25,28

OUTRAS INFORMACOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 363 - 0,634620

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 286



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

Mes/Ano 08/2019 Valor R\$ 285,64
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas reavizadas 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 reavizada(s) no valor de R\$ 210,87 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

H32N, 5462, 6434, 7405, 4079, 4302, CD4A, 4502

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	151,21	Encargos:	7,85
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:	17,00%	47,18
PIS:	0,000000%	0,00
COFINS:	0,000000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	6,00	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,43			1,00			0,00	
Conjunto	0,43			1,00			0,00	

R: 12.001.02.11.603050

POW



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

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

302,83

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

26/11/2019

Nº da Nota Fiscal:

003941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



RDV: 00216

LEITURA: 20134

DT-VENC: 26-11-2019

UT: 0126055-3

NORMAL

IMPR: 000

DT-LEIT: 29-10-2019

TOTAL: 302,83

COLETOR: 1301

T-ENTR: 07

CARGA: 810

RM420 - RRE (NOVA)

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

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

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

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

Pelo exposto, eu TELÚIA SANTIAGO GUEDES

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

KARLA MICHELE COELHO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDER da Vítima KARLA MICHELE COELHO GOMES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Local e Data: BOA VISTA-RR, 17 de dezembro de 2019.

Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 173.1:

EQUIPE SAMU BV
BRAVO II

EQUIPE: Bituma Bispo

Paciente: Karla micheli colho Gomes

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 30

Sexo: F

Endereço: Rua Presidente Dutra

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Bairro: Paricóla

Nº 10 030

DATA 18/09/19

Médico (a) Regulador (a): Plúson

HORA J/S: 10:47

BASE VIA ()

() RÁDIO

HORA J/10: 11:00

X CELULAR

MOTIVO

Colisão carro x moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X)

1 a 3 horas ()

4 a 24 horas ()

Mais de 24 horas ()

Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

☒ Acidente de trânsito	☐ Urgência psiquiátrica	☐ Queimadura	☐ Urgência obstétrica
☐ Agressão física / espancamento	☐ Tentativa de suicídio	☐ Choque elétrico	☐ Transferência
☐ Agressão física - FAF	☐ Envenenamento	☐ Queda	☐ Exame complementar
☐ Agressão física - FAB	☐ Afogamento	☐ Urgência cirúrgica	☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre	☐ A pé	☐ Ônibus	☐ Capacete
☒ Condutor	☐ Automóvel	☐ Micro-ônibus	☐ Cinto de segurança
☐ Passageiro	☒ Motocicleta	☐ Ônibus	☐ Airbag
☐ Ignorado	☐ Bicicleta	☐ Micro-ônibus	☐ Assento para criança

AValiação INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAl. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicardia	☐ Mioses
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispneia	☐ Enchimento capilar > 2"	☐ Midríases
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Pulso radial ausente	☐ Anisocoria
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Pulso central ausente	☐ Apetite Alcoolizado
☐ Outros:		☐ Cianose central	☐ Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início	11:05 120x86	79	20	98			2	15
Fim	11:12 120x85	79	20	99			2	15

AValiação SECUNDÁRIA

1 - Dor

2 - Hematoma

3 - Contusão

4 - Escoriação

5 - Laceração

6 - Luxação

7 - Fratura fechada

8 - Fratura exposta

9 - Amputação

10 - Evisceração

11 - Afundamento de crânio

12 - Ferimento penetrante

13 - Tórax instável

14 - Erissema subcutâneo

15 - Ferida aspirativa

16 - Empalme

17 - Outros

ABERTURA OCULAR

4 - Espontânea

3 - Ao comando

2 - A dor

1 - Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

5 - Orientado

4 - Confuso

3 - Palavras inapropriadas

2 - Palavras incompreensíveis

1 - Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

6 - Obedece a comandos

5 - Localiza a dor

4 - Movimento de retirada

3 - Flexão anormal

2 - Extensão anormal

1 - Sem resposta

AValiação CARDÍACA

☒ Ritmo Sinusal	☐ IFV	☐ Neurológica	☐ Metabólica	☐ Diabetes
☐ Taquicardia Sinusal	☐ ITV	☐ Respiratória	☐ Infecções	☐ Cardiopatia
☐ Flutter Atrial	☐ AESP	☐ Cardiovascular	☐ HAS	☐ Medicção de uso
☐ Fibrilação atrial	☐ Asistolia	☐ Digestiva		

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ Baixa

☐ Pequena

☒ Média

☐ Severa

Dr. Luiz Fernando Borges
Cirurgia Geral
RQE: 759 / CRM-RS 1583

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 18/09/19
Rúbrica

SEÇÃO DE ATENDIMENTO

☐ Cancelamento

☐ Recusa de Atendimento

☐ Não se encontra no local

☐ Trota

☐ Hospitalização

MEIO DE ATENDIMENTO

☐ Polícia Militar

☐ Guarda Municipal

☐ SMTRAN

☐ Bombeiros

☐ Outros:

SEÇÃO DE REGISTRO

☐ Iniciada em:

☐ Término às:

☐ RCP com sucesso

☐ RCP sem sucesso

SISTEMA

☐ Atendido no local

☒ Trauma HGR

☐ Pronto Atendimento / HGR

☐ Pol. Cores e Silva - PCCS

☐ Hosp. Santo Antônio - HCSCA

☐ HMNSN

☐ Hosp. Unimed

☐ Hosp. Lote 115 - HLI

☐ Outros:

TERMO DE RECUSA

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

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

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

Idade Gestacional: _____ ☐ Movimentos fetais presentes ☐ Partes fetais na vulva

Perda de líquido: _____ ☐ Contrações entre 3-5 min. ☐ Com cartão da gestante

BCF: _____ ☐ Contrações com duração > 30s ☐ Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Aspiração ☐ Máscara laríngea ☐ Monitorização cardíaca ☐ Imobilização de fraturas

☐ Cânula de Guegel ☐ Guia de Introdução Bougie ☐ Colar cervical ☐ Curativos

☐ Cateter nasal: ____ L/min ☐ Criotireostomia cirúrgica ☐ Headblock ☐ Parto vaginal

☐ Máscara facial: ____ L/min ☐ Oximetria ☐ Prancha longa ☐ Cesárea de emergência

☐ Bolsa-valva-máscara: ____ L/min ☐ Dreno de tórax ☐ Tirantes ☐ Imobilização de luxação

☐ Intubação orotraqueal ☐ Descompressão torácica ☐ KED ☐ Outros: _____

☐ Acesso venoso Gelco n° _____ ☐ Acesso venoso Scalp n° _____ ☐ Acesso intraósseo _____

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
/				/			

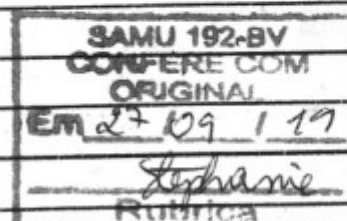
OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

As 10:47H fomos acionados para darmos apoio a Braco III em uma colisão carro x moto; no local se encontravam a paciente com o protocolo de trauma realizado, colar cervical e prancha rígida, paciente gestante de 30 semanas, sem placentas vaginais, apresentando dor em região lombar + femur esquerdo, sem sinais de trauma, SSVU estáveis e conforme orientação do médico regulador paciente removida ao GA com vida.

Belaura

Belénia Sória Magalhães Pereira
Téc. de Enfermagem Instrumentadora Cirúrgica
COREN-RR 418.571-TEC

2 pares de luva m
2 " " " G
2 máscaras descartáveis



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

[illegible]

42. Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 13:38

Data/Hora Fim: 20/09/2019 13:53

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 10:19

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. PRES DUTRA

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KARLA MICHELLE COELHO GOMES (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 11/09/1989

Profissão: Secretária

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Tereza Coelho Gomes

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PARIMA

Bairro: SAO VICENTE

Nº: 48

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 978.584.552-49

Placa NAY3575

Renavam 01005963123

Número do Motor JC48E2E020129

Número do Chassi 9C2JC4820ER020129

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 20/05/2014

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Karla Michelle Coelho Gomes

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu a esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia uma MOTOCICLETA PLACA NAY-3575 e seguia pela Av. Presidente Dutra QUANDO no cruzamento com a Rua Vitor Hugo a motocicleta que a



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 20/09/2019 13:53
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

comunicante estava foi COLIDIDA por um VEICULO FIAT MOBY (placa não identificada) que invadiu a preferencial. Que o condutor do veículo Fiat Moby se evadiu do local sem prestar socorro a comunicante. Que devido ao acidente a comunicante que está Grávida (5 meses) sofreu 02 Fraturas na sua Bacia. Que a comunicante foi socorrida ao Hospital pelo SAMU. Era o relato.

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

Karla Michelle Coelho Gomes
(Comunicante / Vítima)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 978.584.552-49 4 - Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES 6 - CPF: 978.584.552-49

7 - Profissão: SECRETARIA 8 - Endereço: RUA PARIMA 9 - Número: 48 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO VICENTE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-320

15 - E-mail: confiancascst@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEIRAS (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00033794 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Gode 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 resíduo (pensão)? ☐ 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 atestado

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, 17 de dezembro de 2019.

x Karla Michelle Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PROCURAÇÃO

Outorgante, **KARLA MICHELLE COELHO GOMES**, brasileira, casada, Secretária, portadora da cédula de identidade nº 264899 SSP/RR e CPF nº 978.584.552-49, **Rua: Parima nº 4** Bairro: São Vicente, Boa Vista -RR, CEP: 69.312-178 Tel.: (95) 99123-4000/ 99123-6755.

VITIMA: KARLA MICHELLE COELHO GOMES CPF Nº 978.584.552-49 **DO SINISTRO:.** 18/09/2019.

NATUREZA: INVALIDEZ

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

PODERES:

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

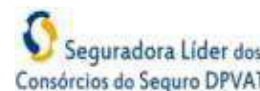
Boa Vista-RR, 5 de dezembro de 2019.



Karla Michelle Coelho Gomes
KARLA MICHELLE COELHO GOMES



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138938/20

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177759 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE, RAMO ÍSQUIO-PÚBICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: ABA OUTROS - LAUDO IML Nº 031696/2020 - 13/03/2020

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177759 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE, RAMO ÍSQUIO-PÚBICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: ABA OUTROS - LAUDO IML Nº 031696/2020 - 13/03/2020

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138938/20

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190 7193 14

Data da solicitação: 30/05/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: KARLA MICHELE COELHO GOMES

CPF do beneficiário: 978.584.552-43

Nome do solicitante: TELVIA SANTIAGO GUEDES

CPF do solicitante: 739.248.066-91

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 98118-1200
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: CONFIANCACST@HOTMAIL.COM

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☒ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CAROS ANALISTAS.

DIANTE DA APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML, VENHO
SOLICITAR REANÁLISE DA NEGATIVA FEITA, VISTO QUE VOCÊS
DERAM A NEGATIVA BASEADOS APENAS NOS DOCUMENTOS
ENVIADOS E NÃO MANDARAM A SR KARLA PARA EXAME
MÉDICO PRESENCIAL. AFIRMO QUE A MESMA FICOU COM
DEBILIDADE.

AGUARDO RETORNO.
ATENCIOSAMENTE

TELVIA

BOA VISTA-RR, 30 DE MAIO DE 2020.

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)
Telvia G. Guedes (PROCURADORA)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



LAUDO DE EXAME DECORPO DE DELITO- **COMPLEMENTAR-Nº 1366/2020/IML/RR.**

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

AUTORIDADE REQUISITANTE:

➤ **Delegado (a) de Polícia Civil: RONALDO SCIOTTI P. SILVA FILHO.**

➤ **Requisição: Nº 003/2020/DAT. Referência: Nº 031696/2020 DP: DAT**

NOME: KARLA MICHELLE COELHO GOMES	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURALIDADE: NÃO INFORMADO
IDADE: 30 ANOS	SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL	COR: BRANCA
PROFISSÃO: NÃO INFORMADO	ESCOLARIDADE: NÃO INFORMADO
DOCUMENTAÇÃO: RG. Nº 264899 - SSP/RR	TELEFONE: (95)99123-6755
FILIAÇÃO: FRANCISCO DOS SANTOS GOMES E MARIA TEREZA COELHO GOMES	
ENDEREÇO: RUA PARIMA - Nº 48 - BAIRRO SÃO VICENTE - BOA VISTA/RR	
DATA/ HORA DO EXAME: 13/03/2020, às 07 horas e 33 minutos.	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo(a)Diretor(a), prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

➤ Tendo em vista os termos dos laudos anteriores nº **6407/2019/IML/RR**, do dia **21/11/2019**, voltou nesta data para exame complementar.

DESCRIÇÃO:

- Raio-X com fratura de bacia;
- Marcha atípica;
- Lamentação para agachamento e para rotação externa de membro inferior esquerdo;
- Lamentação para esforços repetitivos com membro inferior esquerdo.

CONCLUSÃO:

- Lesões contusa antiga.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- **PRIMEIRO:** Da lesão sofrida, resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM, CONFORME RELATO DA PERICIANDA.**
- **SEGUNDO:** Resultará incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, e em que consiste? **SIM, SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**
- **TERCEIRO:** Qual o estado de saúde atual do ofendido? **SEQUELADO.**
- **QUARTO:** Qual o tempo necessário para o seu restabelecimento? **SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

É por ser verdade digitei este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim, Otaniel Mendes de Souza Junior.

Francisco P. Fortes Jr.
Médico Legista-RR
13/03/2020

IML-RR

Av.Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69.309-005 - Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (Recepção), (95) 2121-3430 (Direção).



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975799381
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD-RENAVAM 01005963123 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF / CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

PLACA ANT. / UF NAY3575 - RR CHASSI 9C2JC4820ER020129

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTONETA/NGO-APIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP. POT. / CIL. RP/0124CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA *PAGO* VENC. COTA ÚNICA *PAGO* VENC. / COTAS 1* *****

FAIXA / PVA PARCELAMENTO / COTAS 2* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 10/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DÚVIDA *PROIB. SAIR DA V. DOCUMENTO DE FONTE OBRIGATORIO MAZON 0010 NAO VALER PARA TRANSFERENCIA

BOA VISTA-RR DATA 20/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975799381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/09/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

RENAVAM 01005963123 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2014 CAT. TARIF. 9C2JC4820ER020129

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$36.05 DENATRAM (R\$) R\$4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) R\$84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 


ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME
TELVA SANTIAGO GUEDES

RELACIONADO
EDNILSON JOSÉ SANTIAGO
TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE
SANTARÉM - PA 18/11/1970

DOC. ORIGEM
CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF
739.248.066-91

1 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Chefe do SDC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS
1239479827

PROVIDE PLASTIFICAR
1239479827

NOME
MARIA MICHELLE COELHO GOMES

DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR/UF
264899 SSP RJ

CPF
978.584.552-49

DATA NASCIMENTO
11/09/1989

FILIAÇÃO
FRANCISCO DOS SANTOS
GOMES
MARIA TERESA COELHO
GOMES

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A2

Nº REGISTRO
05270246738

VALIDADE
06/05/2021

PHABILITAÇÃO
08/08/2011

OBSERVAÇÕES

Maria Michelle Coelho Gomes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
09/05/2016

67130368506
RR208837965

LINK EMISSÃO: [LINK EMISSÃO](#)
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
DE HABILITAÇÃO

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)



1901163293 18/09/2019 11:18:30 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 20

Paciente: KARLA MICHELE COELHO GOMES
Data Nascimento: 11/09/1989 Idade: 30 A 0 M 7 D
CNS: 702806610875360 CPF: 97858455249 Prontuário: 00017502
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: 264899 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) PARDADA Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: MARIA TERESA DOS SANTOS
Endereço: - RUA AUREO CRUZ - 1076 - - BOA VISTA - RR
Pai: FRANCISCO DOS SANTOS GOMES Contato: (95) 99123-4000
Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: EDVAN NASCIMENTO

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *for na prax*

GSC TOTAL: 15
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
*Paciente referiu dor e vermelhidão no cotovelo direito após queda de bicicleta.
Referiu que a dor é constante e piora com o movimento.*

Exame Físico: *BGG, LAC, LITATAS*

Hipótese Diagnóstica: *Politrauma Fratura húmero, com lesão pulso e carpo*

SADT - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>DD: 100mg 1x1</i>	<i>11/10</i>	<i>em tratamento com analgésico e redução</i>
<i>Artic. de cotovelo</i>		
<i>MARLA M</i>		
<i>51102.0317.04</i>		
<i>00170210</i>		

Condução: ☒ Alta por indicação médica ☐ Alta a Pedido do Médico ☐ Alta a Pedido do Paciente ☐ Transferência para: *Unidade de Pronto Socorro*
Carlopesilva
óbito: ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: *11/10/2019 11:18:30*

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____ Carimbo e Assinatura do Médico: _____

Impresso por: edvan.nascimento
Data Hora: 18/09/2019 11:19:27









GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NOME: KARLA Lucitônio Coral RECEITUÁRIO

L Auno

Paciente e portadora da
Síndrome, grávida,
precisa de uma cadeira
de rodas para se locomover

18/06/19
DATA

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-MG 566
Assessoria e Consulta

CLÍNICA ESPECIALIZADA GONONEL AROCA
Rua Coronel Pinho, 530 - Centro - 71.615-111
CET: 60.301-160 - CNPJ: 04.013.400/0001-00



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME: KARLA NICHÉLE COELHO GOMES

LAUDO MÉDICO

Paciente rotineiramente o dia
18/09/19, apresentando brônquios
de basilar.

CID S32.5

Presença de ruído crepante
Tubo aproximada de 10 cm
de 100 cm de 10 cm de 90 (noventa)
de 10 cm.

DATA 27/09/19


ASSINATURA E CARIMBO

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003941569

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CPF: 00005763937899

CEP: 69.301-850 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual:	20134
Anterior:	19771
Dias de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	363
Consumo faturado:	363

DATAS DA LEITURA

Atual:	29/10/2019
Anterior:	26/09/2019
Próxima leitura:	29/11/2019
Emissão:	28/10/2019
Apresentação:	29/10/2019
R:	12.001.02.11.683050

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	B1
Número Medidor:	14TUB00002
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENCIONAL

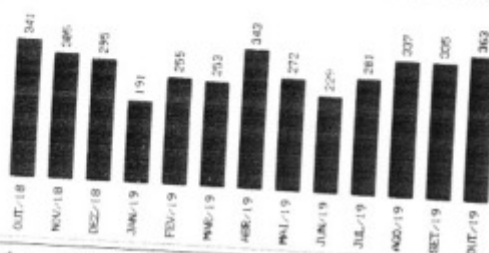
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA

363 A R\$ 0,764602 = 277,55
25,28

OUTRAS INFORMACOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 363 - 0,634620

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 286



MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 08/2019 Valor R\$ 285,64
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas reavizadas 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 reavizada(s) no valor de R\$ 218,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 38%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

H32N, 5462, 6434, 7405, 4079, 4302, CD4A, 4502

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	151,21	Encargos:	7,85
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:	17,00%	47,18
PIS:	0,000000%	0,00
COFINS:	0,000000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	6,00	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,43			1,00			0,00	
Conjunto		CENTRO						

R: 12.001.02.11.683050
PC=H



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

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

302,83

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

26/11/2019

Nº da Nota Fiscal:

003941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



RDV: 00216

LEITURA: 20134

DT-VENC: 26-11-2019

UT: 0126055-3

NORMAL

IMRES: 1 000

DT-LEIT: 29-10-2019

TOTAL: 302,83

COLETOR: 1301

T-ENTR: 07

CARGA: 810

RM420 - RRE (NOVO)

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/BIBLIOTECASWEB/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 TELUIA SANTIAGO GUEDES

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

KARLA MICHELE COELHO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDER da Vítima KARLA MICHELE COELHO GOMES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Local e Data: BOA VISTA-RR, 17 de dezembro de 2019.

Assinatura do Declarante



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 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 Imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato
conosco informe
este número



Nº da Nota Fiscal 003447874

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	547	477,02

DORVAL DA SILVA PADILHA
R. PARIMA 48 SAO VICENTE
CPF: 00007063393200
CEP: 69.303-320 - BOA VISTA

ROT: 3.001.09.07.803200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVar/h	DATAS DA LEITURA
Atual:	99442		Atual: 15/08/2019
Anterior:	98895		Anterior: 16/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 15/09/2019
Consumo Medido:	547		Emissão: 14/08/2019
Consumo Faturado:	547	FCAH	Apresentação: 19/08/2019

Tipo de Abastecimento:	NORMAL	Tipo de Medição:		Quilômetros de rede:	30
------------------------	--------	------------------	--	----------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	F2907856	M 1603928	1.1.1.1.3	872

HISTÓRICO kWh	DESCRICAÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/19 805	CONSUMO 547 A R\$ 0,772737 = 422,68
JUN/19 566	CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00 0,02
MAI/19 754	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 0,94
ABR/19 1046	MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00 1,26
MAR/19 811	JUROS DE MORA POR ATR 06/19-00 0,23
FEV/19 1003	MULTA POR ATRASO 06/19-00 7,67
JAN/19 995	JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00 2,17
DEZ/18 773	ILUMINACAO PUBLICA 42,05
NOV/18 984	
OUT/18 1080	
TARIFA DE TRIBUTOS:	
0 A 547 - 0,634620	

Pago em
15/08/2019

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade Consumidora e Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. Para saber mais sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica, consulte o site da Roraima Energia.

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

Celular

RESERVADO AO FISCO 8B10.646D.DC7D.F6BD.EBF2.17BD.CC30.F4A6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	107,46	Base de Cálculo:	422,68
Energia:	227,86	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	71,85
Encargos:	11,83	Valor do PIS:	0,64
Tributos:	75,53	Valor do COFINS:	3,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	Normal	Comercial	Grande	Medio	Pequeno	Grande	Medio
Contas	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Reservas	0,67			6,00			0,22

Centro 06/2019 159,59

ROT: 3.001.09.07.803200



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

SEU CÓDIGO

0017088-7

TOTAL A PAGAR - R\$

477,02

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

06/09/2019

Nº da Nota Fiscal: 003447874 FCAH

83620000004 7 77020075000 6 000000000017 4 08870819008 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 978.584.552-49 4 - Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES 6 - CPF: 978.584.552-49

7 - Profissão: SECRETARIA 8 - Endereço: RUA PARIMA 9 - Número: 48 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO VICENTE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-320

15 - E-mail: confiancacas@lotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ CONTA POUPEMANÇA (somente para os bancos abaixo. Anule uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00033794

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Guarda Parentesco com avô(s): 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 resíduo patrimonial? ☐ 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 atestada

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, 17 de dezembro de 2019.

Karla Michelle Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 13:38

Data/Hora Fim: 20/09/2019 13:53

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 10:19

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. PRES DUTRA

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KARLA MICHELLE COELHO GOMES (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 11/09/1989

Profissão: Secretária

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Tereza Coelho Gomes

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PARIMA

Bairro: SAO VICENTE

Nº: 48

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 978.584.552-49

Placa NAY3575

Renavam 01005963123

Número do Motor JC48E2E020129

Número do Chassi 9C2JC4820ER020129

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 20/05/2014

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Karla Michelle Coelho Gomes

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu a esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia uma MOTOCICLETA PLACA NAY-3575 e seguia pela Av. Presidente Dutra QUANDO no cruzamento com a Rua Vitor Hugo a motocicleta que a



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 20/09/2019 13:53
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

comunicante estava foi COLIDIDA por um VEICULO FIAT MOBY (placa não identificada) que invadiu a preferencial. Que o condutor do veículo Fiat Moby se evadiu do local sem prestar socorro a comunicante. Que devido ao acidente a comunicante que está Grávida (5 meses) sofreu 02 Fraturas na sua Bacia. Que a comunicante foi socorrida ao Hospital pelo SAMU. Era o relato.

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

Karla Michelle Coelho Gomes
(Comunicante / Vítima)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 978.584.552-49 4 - Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E ENDEREÇO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES 6 - CPF: 978.584.552-49

7 - Profissão: SECRETARIA 8 - Endereço: RUA PARIMA 9 - Número: 48 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO VICENTE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-320

15 - E-mail: confiancacas@lotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECURSO 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEMANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA: 3027 ☐ CONTA: 00033794 ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Goude Parentesco com 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 resíduo patrimonial? ☐ 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, 17 de dezembro de 2019.

Karla Michelle Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177759

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KARLA MICHELLE COELHO GOMES

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000033794-0

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



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177759

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KARLA MICHELLE COELHO GOMES

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

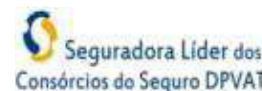
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000033794-0

Nr. da Autenticação 7712365F526FEBE7

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468080/19

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Alessandro Silva

Para: luciana.braga@angelusseguros.com.br;
franciele.ramalho@angelusseguros.com.br
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA

Bom dia, Luciana e Franciele.

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

alessandro.silva@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468080/19

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO
GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 


ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME
TELVA SANTIAGO GUEDES

RELACION
EDNILSON JOSÉ SANTIAGO
TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE
SANTARÉM - PA 18/11/1970

DOC. ORIGEM
CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF
739.248.066-91

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Chefe do SDC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975799381
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 01005963123 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF / CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

PLACA ANT./UF NAY3575 - RR CHASSI 9C2JC4820E0020129

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NOU AP/TC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAP / POT / CIL 3P/0124CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA *PAGO* VENC. COTA ÚNICA *PAGO* VENC. / COTAS 1* *****

FAIXA / PVA: PARCELAMENTO / COTAS 2* *****

*** PAGO COTA ÚNICA *** 3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 10/09/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO *PROIB SAIR DA A DOCUMENTO É PONTE OBRIGATORIO

MAZIN DCLD NAO VALER PARA TRANSFERENCIA

BOA VISTA-RR DATA 20/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975799381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/09/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

RENAVAM 01005963123 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2014 CAT TARE Nº CHASSI 9C2JC4820E0020129

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$36,05 DENATRAN (R\$) R\$4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15 IOF (R\$) R\$0,32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) R\$84,58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

PROCURAÇÃO

Outorgante, **KARLA MICHELLE COELHO GOMES**, brasileira, casada, Secretária, portadora da cédula de identidade nº 264899 SSP/RR e CPF nº 978.584.552-49, **Rua: Parima nº 4** Bairro: São Vicente, Boa Vista -RR, CEP: 69.312-178 Tel.: (95) 99123-4000/ 99123-6755.

VITIMA: KARLA MICHELLE COELHO GOMES CPF Nº 978.584.552-49 **DO SINISTRO:** 18/09/2019.

NATUREZA: INVALIDEZ

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

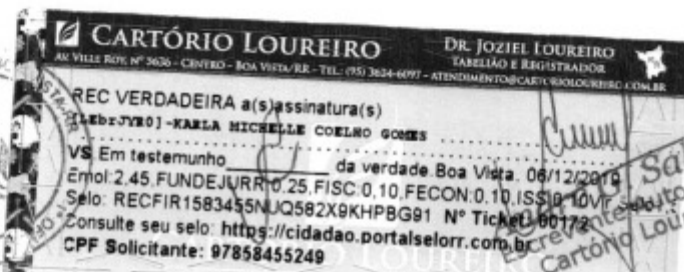
PODERES:

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

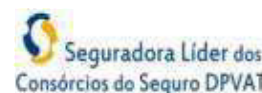
Boa Vista-RR, 5 de dezembro de 2019.



Karla Michelle Coelho Gomes
KARLA MICHELLE COELHO GOMES



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468080/19

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

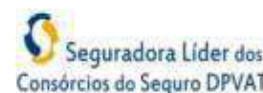
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138938/20

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVIA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177759

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KARLA MICHELLE COELHO GOMES

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, 31 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177759

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KARLA MICHELLE COELHO GOMES

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000033794-0

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



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: 978.584.552-49 4 - Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES 6 - CPF: 978.584.552-49

7 - Profissão: SECRETARIA 8 - Endereço: RUA PARIMA 9 - Número: 48 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO VICENTE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-320

15 - E-mail: confiancascst@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEIRAS (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00033794

(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 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gode 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 resíduo (pósterior)? ☐ 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 atestado

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, 17 de dezembro de 2019.

x Karla Michelle Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 978.584.552-49 4 - Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E ENDEREÇO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES 6 - CPF: 978.584.552-49

7 - Profissão: SECRETARIA 8 - Endereço: RUA PARIMA 9 - Número: 48 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO VICENTE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-320

15 - E-mail: confiancacas@lotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEIRAS (somente para os bancos abaixo. Anote uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00033794

(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito se existir) (Informe 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Guarda Parentesco com avô(s): 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 resíduo patrimonial? ☐ 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 autenticado

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, 17 de dezembro de 2019.

Karla Michelle Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 13:38

Data/Hora Fim: 20/09/2019 13:53

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 10:19

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. PRES DUTRA

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KARLA MICHELLE COELHO GOMES (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 11/09/1989

Profissão: Secretária

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Tereza Coelho Gomes

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PARIMA

Bairro: SAO VICENTE

Nº: 48

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 978.584.552-49

Placa NAY3575

Renavam 01005963123

Número do Motor JC48E2E020129

Número do Chassi 9C2JC4820ER020129

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 20/05/2014

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Karla Michelle Coelho Gomes

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu a esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia uma MOTOCICLETA PLACA NAY-3575 e seguia pela Av. Presidente Dutra QUANDO no cruzamento com a Rua Vitor Hugo a motocicleta que a



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 20/09/2019 13:53
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

comunicante estava foi COLIDIDA por um VEICULO FIAT MOBY (placa não identificada) que invadiu a preferencial. Que o condutor do veículo Fiat Moby se evadiu do local sem prestar socorro a comunicante. Que devido ao acidente a comunicante que está Grávida (5 meses) sofreu 02 Fraturas na sua Bacia. Que a comunicante foi socorrida ao Hospital pelo SAMU. Era o relato.

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

Karla Michelle Coelho Gomes
(Comunicante / Vítima)

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



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 13:38

Data/Hora Fim: 20/09/2019 13:53

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 10:19

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. PRES DUTRA

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KARLA MICHELLE COELHO GOMES (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 11/09/1989

Profissão: Secretária

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Tereza Coelho Gomes

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PARIMA

Bairro: SAO VICENTE

Nº: 48

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 978.584.552-49

Placa NAY3575

Renavam 01005963123

Número do Motor JC48E2E020129

Número do Chassi 9C2JC4820ER020129

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 20/05/2014

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Karla Michelle Coelho Gomes

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu a esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia uma MOTOCICLETA PLACA NAY-3575 e seguia pela Av. Presidente Dutra QUANDO no cruzamento com a Rua Vitor Hugo a motocicleta que a



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 20/09/2019 13:53
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

comunicante estava foi COLIDIDA por um VEICULO FIAT MOBY (placa não identificada) que invadiu a preferencial. Que o condutor do veículo Fiat Moby se evadiu do local sem prestar socorro a comunicante. Que devido ao acidente a comunicante que está Grávida (5 meses) sofreu 02 Fraturas na sua Bacia. Que a comunicante foi socorrida ao Hospital pelo SAMU. Era o relato.

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

Karla Michelle Coelho Gomes
(Comunicante / Vítima)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exatidão e clareza de informações

☐ DIÁRIOS (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENIMENTOS)

☒ INCAPACIDADE PERMANENTE

☐ MORTALIDADE

2 - Nº do Seguro do ASL:

3 - CPF do segurado:

378.584.552-49

4 - Nome completo da vítima:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES

7 - Profissão:

SECRETARIA

8 - Endereço:

RUA PARIMA

11 - Cidade:

SÃO VICENTE

12 - Estado:

BOA VISTA

15 - E-mail:

confianca.est@hotmail.com

6 - CPF:

378.584.552-49

9 - Número:

48

10 - Complemento:

13 - Estado:

R.R.

14 - CPF:

69.303-320

15 - Nº do ASL:

95198118-1200

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins da apólice, que sou o poderoso arca responsável, conforme comprovado pelo (ANEXAR CÓPIA).

20 - Assinatura legal do titular do seguro:

☒ RECLUSO INTERMEDIAR

☐ SEM RECLUSO

☐ ACIDENTE A RESCUE

☐ RESCUE ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIDENTE ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIDENTE ATÉ R\$5.000,00

21 - Assinatura legal do titular do seguro:

☒ ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

☐ ASSINATURA DO TITULAR DO SEGURO (SE NÃO FOR O REPRESENTANTE LEGAL)

☒ CENSO PERMANENTE (sempre que ocorrer acidente, indenização devida)

☐ Residência (20%)

☐ Ind (30%)

☐ Vítima do acidente

☒ Censo Permanente (30%)

AGÊNCIA: 3027

CÓDIGO: 00033784

☐ CENSO CONSENTE (Indenização devida)

Nome do titular:

AGÊNCIA:

CÓDIGO:

Atestamos a Seguradora LIDER a creditar ao titular do seguro, de acordo com a apólice, o valor de indenização/indenização do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e por agora, a validade do crédito, quitando assim o valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE RESCUE DE LAZARIM - (sempre que ocorrer acidente, indenização devida)

☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou representando de expressar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de pagamento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da residência do segurado;
- O IML que atende a região do acidente ou da residência não aceita para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da residência não aceita para fins do Seguro DPVAT; ou

Solicito a apresentação da apólice do meu perfil de indenização do Seguro DPVAT, por ocasião do pagamento, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não solicitar a política médica posterior, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da validade da apresentação dos dados pessoais do titular do seguro, desde que o titular do seguro não tenha sido vítima do acidente, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa perda da capacidade de contestar a validade da indenização recebida, caso eu não concorde com o valor recebido.

DECLARAÇÃO DE RESCUE DE LAZARIM - (sempre que ocorrer acidente, indenização devida)

23 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

24 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

25 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

26 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

27 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

28 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

29 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

30 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

31 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

32 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

33 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

34 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

35 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

36 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

37 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

38 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

39 - Grande Poderoso para o acidente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 978.584.552-49 4 - Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E ENDEREÇO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES 6 - CPF: 978.584.552-49

7 - Profissão: SECRETARIA 8 - Endereço: RUA PARIMA 9 - Número: 48 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO VICENTE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-320

15 - E-mail: confiancacas@lotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00033794

(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito se existir) (Informe 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Guarda Parentesco com avô(s): 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 resíduo patrimonial? ☐ 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 atestado

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, 17 de dezembro de 2019.

Karla Michelle Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 173.1:

EQUIPE SAMU BV
BRAVO II

EQUIPE: Bituma Bispo

Paciente: Karla micheli colho Gomes Idade: 30 Sexo: F
Nacionalidade: Brasileira
Endereço: Rua Presidente Dutra Raça: ☒ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
Bairro: Paricó

Médico (a) Regulador (a): PlussanHORA J/S: 10:47

BASE VIA ()

() RÁDIO

HORA J/10: 11:00☒ CELULAR

MOTIVO

INICIAL: Colisão carro x moto

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

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA
☒ Acidente de trânsito
☐ Agressão física / espancamento
☐ Agressão física - FAF
☐ Agressão física - FAB
☐ Urgência psiquiátrica
☐ Tentativa de suicídio
☐ Envenenamento
☐ Afogamento
☐ Queimadura
☐ Choque elétrico
☐ Queda
☐ Urgência cirúrgica
☐ Urgência obstétrica
☐ Transferência
☐ Exame complementar
☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO
VÍTIMA: ☒ Pedestre ☐ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado
MEIO DE LOCOMOÇÃO: ☐ A pé ☐ Automóvel ☒ Micro-ônibus ☐ Motocicleta ☐ Bicicleta ☐ Outro
OUTRA PARTE ENVOLVIDA: ☒ Automóvel ☐ Motocicleta ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus ☐ Bicicleta ☐ Animal ☐ Outro
ITENS DE SEGURANÇA: ☒ Capacete ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança

VIAS AÉREAS: ☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro
VENTILAÇÃO: ☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradipnéia ☒ Taquipnéia
CIRCULAÇÃO: ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Enchimento capilar > 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Extremidade
AVAL. NEUROLÓGICA: ☐ Mioclonias ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Apontamento Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES
Hora: 11:05 P.A. mmHg: 120x86 F.C. bpm: 79 F.R. bpm: 20 Sat O₂ %: 98 T. Axilar °C: 36.5 Glicemia: 100 Esc. visual "DOR": 2 Esc. Glasgow: 15
Fin: 11:12 P.A. mmHg: 120x85 F.C. bpm: 79 F.R. bpm: 20 Sat O₂ %: 98 T. Axilar °C: 36.5 Glicemia: 100 Esc. visual "DOR": 2 Esc. Glasgow: 15

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

AVALIAÇÃO CARDÍACA: ☒ Ritmo Sinusal ☐ TV ☐ Taquicardia Sinusal ☐ TV ☐ Flutter Atrial ☐ AESP ☐ Fibrilação atrial ☐ Asistolia
APECIAÇÃO CLÍNICA: ☐ Neurológica ☐ Metabólica ☐ Diabetes ☐ Cardíaca ☐ HAS ☐ Digestiva
HISTÓRIA PREVIOSA: ☐ Alergia ☐ Outros

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ Não ☐ Sim
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino): Dr. Luiz Fernando Borges
RQE: 750 / CRM-RS 1583

SEÇÃO DE ATENDIMENTO: ☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontra no local ☐ Trote
HOSPITALIZAÇÃO: ☐ Hospitalização
MEIO DE TRANSPORTE: ☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiros ☐ Outros

RCP: ☐ Iniciada em: ☐ Término às: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso

SITUAÇÃO: ☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento / HGR
Destino: ☐ Pol. Cores e Silva - PCCS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSCA ☐ HMNSN ☐ Hosp. Unimed ☐ Hosp. Lote 115 - HLI ☐ Outros

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

TERMO DE RECUSA

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

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

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

Idade Gestacional: _____ ☐ Movimentos fetais presentes ☐ Partes fetais na vulva

Perda de líquido: _____ ☐ Contrações entre 3-5 min. ☐ Com cartão da gestante

BCF: _____ ☐ Contrações com duração > 30s ☐ Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Aspiração ☐ Máscara laríngea ☐ Monitorização cardíaca ☐ Imobilização de fraturas

☐ Cânula de Guegel ☐ Guia de Introdução Bougie ☐ Colar cervical ☐ Curativos

☐ Cateter nasal: ____ L/min ☐ Criotireostomia cirúrgica ☐ Headblock ☐ Parto vaginal

☐ Máscara facial: ____ L/min ☐ Oximetria ☐ Prancha longa ☐ Cesárea de emergência

☐ Bolsa-valva-máscara: ____ L/min ☐ Dreno de tórax ☐ Tirantes ☐ Imobilização de luxação

☐ Intubação orotraqueal ☐ Descompressão torácica ☐ KED ☐ Outros: _____

☐ Acesso venoso Gelco n° _____ ☐ Acesso venoso Scalp n° _____ ☐ Acesso intraósseo _____

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
/				/			

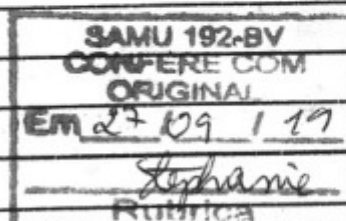
OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

As 10:47H fomos acionados para darmos apoio a Braco III em uma colisão carro x moto; no local se encontravam a paciente com o protocolo de trauma realizado, colar cervical e prancha rígida, paciente gestante de 30 semanas, sem placentas vaginais, apresentando dor em região lombar + femur esquerdo, sem sinais de trauma, SSVU estáveis e conforme orientação do médico regulador paciente removida ao GT com vida.

Belaura

Belénia Sória Magalhães Pereira
Téc. de Enfermagem Instrumentadora Cirúrgica
COREN-RR 418.571-TEC

2 pares de luva m
2 " " " G
2 máscaras descartáveis



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000033794-0

Nr. da Autenticação 7712365F526FEBE7



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 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 Imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato
conosco informe
este número



Nº da Nota Fiscal 003447874

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	547	477,02

DORVAL DA SILVA PADILHA
R. PARIMA 48 SAO VICENTE
CPF: 00007063393200
CEP: 69.303-320 - BOA VISTA

ROT: 3.001.09.07.803200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVar/h	DATAS DA LEITURA
Atual:	99442		Atual: 15/08/2019
Anterior:	98895		Anterior: 16/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 15/09/2019
Consumo Medido:	547		Emissão: 14/08/2019
Consumo Faturado:	547	FCAH	Apresentação: 19/08/2019

Tipo de Abastecimento:	NORMAL	Tipo de Medição:		Quilômetros de rede:	30
------------------------	--------	------------------	--	----------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	F2907856	M 1603928	1.1.1.1.3	872

HISTÓRICO kWh	DESCRÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/19 805	CONSUMO 547 A R\$ 0,772737 = 422,68
JUN/19 566	CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00 0,02
MAI/19 754	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 0,94
ABR/19 1046	MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00 1,26
MAR/19 811	JUROS DE MORA POR ATR 06/19-00 0,23
FEV/19 1003	MULTA POR ATRASO 06/19-00 7,67
JAN/19 995	JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00 2,17
DEZ/18 773	ILUMINACAO PUBLICA 42,05
NOV/18 984	
OUT/18 1080	
TARIFA DE TRIBUTOS:	
0 A 547 - 0,634620	

Pago em
15/08/2019

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade Consumidora e Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. Para saber mais sobre a TSEE, consulte o site da Roraima Energia.

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

Celular

RESERVADO AO FISCO 8B10.646D.DC7D.F6BD.EBF2.17BD.CC30.F4A6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 107,46	Base de Cálculo: 422,68
Energia: 227,86	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 71,85
Encargos: 11,83	Valor do PIS: 0,64
Tributos: 75,53	Valor do COFINS: 3,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	Normal	Comercial	Grande	Medio	Pequeno	Grande	Medio
Consumo	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Perda	0,67			6,00			0,22

Centro 06/2019 159,59

ROT: 3.001.09.07.803200



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

SEU CÓDIGO

0017088-7

TOTAL A PAGAR - R\$

477,02

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

06/09/2019

Nº da Nota Fiscal: 003447874 FCAH

83620000004 7 77020075000 6 000000000017 4 08870819008 2



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003941569

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CPF: 00005763937899

CEP: 69.301-850 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual:	20134
Anterior:	19771
Dias de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	363
Consumo Faturado:	363

DATAS DA LEITURA

Atual:	29/10/2019
Anterior:	26/09/2019
Próxima leitura:	29/11/2019
Emissão:	28/10/2019
Apresentação:	29/10/2019
R:	12.001.02.11.683050

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	B1
Número Medidor:	14TUB00002
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENCIONAL

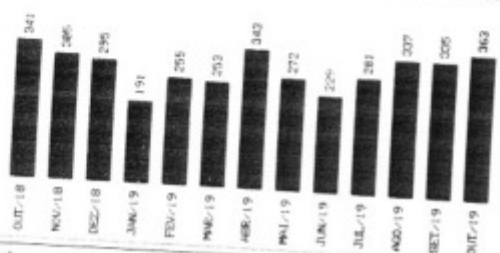
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA

363 A R\$ 0,764602 = 277,55
25,28

OUTRAS INFORMACOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 363 - 0,634620

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 286



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 08/2019 Valor R\$ 285,64 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas reavizadas 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 reavizada(s) no valor de R\$ 218,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 38%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

H32N, 5462, 6434, 7405, 4079, 4302, CD4A, 4502

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	151,21	Encargos:	7,85
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:	17,00%	47,18
PIS:	0,000000%	0,00
COFINS:	0,000000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	6,00	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,43			1,00			0,00	
Conjunta		CENTRO						
				Período de apuração:	08/2019		EUSD:	110,56

R: 12.001.02.11.683050
PC=H



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

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

302,83

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

26/11/2019

Nº da Nota Fiscal:

003941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



RDV: 00216

LEITURA: 20134

DT-VENC: 26-11-2019

UT: 0126055-3

NORMAL

IMPR: 000

DT-LEIT: 29-10-2019

TOTAL: 302,83

COLETOR: 1301

T-ENTR: 07

CARGA: 810

RM420 - RRE (NOVO)



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 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 Imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato
conosco informe
este número



Nº da Nota Fiscal 003447874

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	547	477,02

DORVAL DA SILVA PADILHA
R. PARIMA 48 SAO VICENTE
CPF: 00007063393200
CEP: 69.303-320 - BOA VISTA

ROT: 3.001.09.07.803200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVar/h	DATAS DA LEITURA
Atual:	99442		Atual: 15/08/2019
Anterior:	98895		Anterior: 16/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 15/09/2019
Consumo Medido:	547		Emissão: 14/08/2019
Consumo Faturado:	547	FCAH	Apresentação: 19/08/2019

Tipo de Abastecimento:	NORMAL	Tipo de Medição:		Quilômetros de rede:	30
------------------------	--------	------------------	--	----------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	F2907856	M 1603928	1.1.1.1.3	872

HISTÓRICO kWh	DESCRICAÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/19 805	CONSUMO 547 A R\$ 0,772737 = 422,68
JUN/19 566	CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00 0,02
MAI/19 754	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 0,94
ABR/19 1046	MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00 1,26
MAR/19 811	JUROS DE MORA POR ATR 06/19-00 0,23
FEV/19 1003	MULTA POR ATRASO 06/19-00 7,67
JAN/19 995	JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00 2,17
DEZ/18 773	ILUMINACAO PUBLICA 42,05
NOV/18 984	
OUT/18 1080	
TARIFA DE TRIBUTOS:	
0 A 547 - 0,634620	

Pago em
15/08/2019

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade Consumidora e a sua responsabilidade no fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2019. O pagamento desta energia elétrica é de responsabilidade do consumidor. Caso haja alguma dúvida, consulte o setor de atendimento ao cliente.

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

Celular

RESERVADO AO FISCO 8B10.646D.DC7D.F6BD.EBF2.17BD.CC30.F4A6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	107,46	Base de Cálculo:	422,68
Energia:	227,86	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	71,85
Encargos:	11,83	Valor do PIS:	0,64
Tributos:	75,53	Valor do COFINS:	3,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	Normal	Comercial	Grande	Medio	Pequeno	Extra	Alto
Contato	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Resposta	0,67			6,00			0,22

Centro 06/2019 159,59

ROT: 3.001.09.07.803200



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

SEU CÓDIGO

0017088-7

TOTAL A PAGAR - R\$

477,02

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

06/09/2019

Nº da Nota Fiscal: 003447874 FCAH

83620000004 7 77020075000 6 000000000017 4 08870819008 2



CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CPF: 00005763937899

CEP: 69.301-850 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual:	20134
Anterior:	19771
Dias de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	363
Consumo Faturado:	363

DATAS DA LEITURA

Atual:	29/10/2019
Anterior:	26/09/2019
Próxima leitura:	29/11/2019
Emissão:	28/10/2019
Apresentação:	29/10/2019
R:	12.001.02.11.683050

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	B1
Número Medidor:	14TUB00002
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENCIONAL

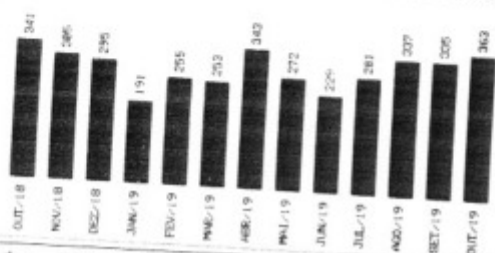
CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA

363 A R\$ 0,764602 = 277,55
25,28

OUTRAS INFORMACOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 363 - 0,634620

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 286



**MENSAGENS
IMPORTANTES**
**REAVISO DE
VENCIMENTO**

Mes/Ano 08/2019 Valor R\$ 285,64
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas reavizadas 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 reavizada(s) no valor de R\$ 218,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 38%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

H32N, 5462, 6434, 7405, 4079, 4302, CD4A, 4502

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	151,21	Encargos:	7,85
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:	17,00%	47,18
PIS:	0,000000%	0,00
COFINS:	0,000000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	6,00	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,43			1,00			0,00	
Conjunto		CENTRO						

R: 12.001.02.11.683050
PC=H

Período de apuração: 08/2019

EUSD: 110,56



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

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

302,83

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

26/11/2019

Nº da Nota Fiscal:

003941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



RDV: 00216

LEITURA: 20134

DT-VENC: 26-11-2019

UT: 0126055-3

NORMAL

IMRES: 1 000

DT-LEIT: 29-10-2019

TOTAL: 302,83

COLETOR: 1301

T-ENTR: 07

CARGA: 810

RM420 - RRE (NOVO)

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 TELUIA SANTIAGO GUEDES

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

KARLA MICHELE COELHO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDER da Vítima KARLA MICHELE COELHO GOMES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Local e Data: BOA VISTA-RR, 17 de dezembro de 2019.

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/BIBLIOTECASWEB/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 TELUIA SANTIAGO GUEDES

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

KARLA MICHELE COELHO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDER da Vítima KARLA MICHELE COELHO GOMES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Local e Data: BOA VISTA-RR, 17 de dezembro de 2019.

Assinatura do Declarante



1901163293 18/09/2019 11:18:30 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 20

Paciente: KARLA MICHELE COELHO GOMES
Data Nascimento: 11/09/1989 Idade: 30 A O M 7 D
CNS: 702806610875360 CPF: 97858455249 Prontuário: 00017502
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: 264899 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) PARDADA Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: MARIA TERESA DOS SANTOS
Endereço: - RUA AUREO CRUZ - 1076 - - BOA VISTA - RR
Pai: FRANCISCO DOS SANTOS GOMES Contato: (95) 99123-4000
Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: EDVAN.NASCIMENTO

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *for na prax*

GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
Paciente referiu dor e vermelhidão no cotovelo direito após acidente de trânsito e queda de altura.

Exame Físico: *BGG, LAC, LITATAS*

Hipótese Diagnóstica: *Politrauma Fratura húmero, com lesão pulso e car*

SADT - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>DD: 100mg 1x1</i>	<i>11/10</i>	<i>em tratamento com analgésico e redução</i>
<i>Artic. de cotovelo</i>		
<i>MARLA M</i>		
<i>51702.0817.04</i>		
<i>001702.0817.04</i>		

Conduta: ☒ Alta por indicação médica ☐ Alta a Pedido de Transferência ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: *Unidade de Terapia Intensiva*
☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: *11/10 11:18*

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico:

Impresso por: edvan.nascimento
Data Hora: 18/09/2019 11:19:27









GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NOME: KARLA Lucitônio Coral RECEITUÁRIO

L A U N O

Paciente e portadora da
Síndrome, grávida,
precisa de uma cadeira
de rodas para se locomover

18/06/19
DATA

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-MG 566
Assessoria e Consulta

CLÍNICA ESPECIALIZADA GONÇALVES ALVES
Rua Coronel Pinheiro, 530 - Centro - 71.615-111
CET: 60.301-160 - CNPJ: 04.013.400/0001-00



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME:

KARLA NICHÉLE COELHO GOMES

LAUDO MÉDICO

Paciente rotineiramente o dia
18/09/19, apresentando brônquios
de basilar.

CID S32.5

Presença de ruído crepante
Tubo aproximada de 10 cm de
diâmetro de 90 (noventa)
dias.

DATA

27/09/19

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

ASSINATURA E CARIMBO

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

Alessandro Silva

Para: luciana.braga@angelusseguros.com.br;
franciele.ramalho@angelusseguros.com.br
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA

Bom dia, Luciana e Franciele.

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

alessandro.silva@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.



1901163293 18/09/2019 11:18:30 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 20

Paciente: KARLA MICHELE COELHO GOMES
Data Nascimento: 11/09/1989 Idade: 30 A 0 M 7 D
CNS: 702806610875360 CPF: 97858455249 Prontuário: 00017502
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: 264899 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: MARIA TERESA DOS SANTOS
Endereço: - RUA AUREO CRUZ - 1076 - - BOA VISTA - RR
Pai: FRANCISCO DOS SANTOS GOMES Contato: (95) 99123-4000
Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: EDVAN NASCIMENTO

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *Por via privada*

GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)
Paciente referiu dor e vermelhidão no cotovelo direito após acidente de trânsito e queda de 2 metros.

Exame Físico: *BFG, LAC, LITAT*

Hipótese Diagnóstica: *Politrauma Fratura húmero, com lesão pulso e car*

SADT - Exames Complementares: ☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>DD: 100mg 1x/dia</i>	<i>11/10</i>	<i>em tratamento com analgésico e redução</i>
<i>Artic. de cotovelo</i>		
<i>MARLA M</i>		
<i>51702.0317.04</i>		
<i>001702.04</i>		

Condução: ☒ Alta por indicação médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: *Unidade de Terapia Intensiva*
☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: *11/10 11:18*

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: edvan.nascimento
Data Hora: 18/09/2019 11:19:27









GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NOME: KARLA MUCITÂN CORAL RECEBIMOS

L A U N O

Paciente e portadora da
Síndrome, grávida,
precisa de uma cadeira
de rodas para se locomover

18/06/19
DATA

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-MG 566
Assessoria e Gestão

CLÍNICA ESPECIALIZADA GONÇALVES ALVES
Rua Coronel Pinheiro, 530 - Centro - 71.600-000
CNPJ: 06.901.160 - CNPJ: 04.013.400/0001-00



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME:

KARLA NICHÉLE COELHO GOMES

LAUDO MÉDICO

Paciente rotineiramente o dia
18/09/19, apresentando brônquios
de basilar.

CID S32.5

Presença de ruído crepante
Tubo aproximada de 10 cm
de 100 cm de 90 (noventa)
de 100.

DATA 27/09/19

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

ASSINATURA E CARIMBO

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 


ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME
TELVIA SANTIAGO GUEDES

RELACION
EDNILSON JOSÉ SANTIAGO
TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE
SANTARÉM - PA 18/11/1970

DOC. ORIGEM
CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF
739.248.066-91

1 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Chefe do SDC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME MARIA MICHELLE COELHO GOMES	
	DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR/UF 264899 SSP RJ
	CPF 978.584.552-49
	DATA NASCIMENTO 11/09/1989
FILIAÇÃO FRANCISCO DOS SANTOS GOMES MARIA TERESA COELHO GOMES	
PERMISSÃO ☒ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I ☐ J ☐ K ☐ L ☐ M ☐ N ☐ O ☐ P ☐ Q ☐ R ☐ S ☐ T ☐ U ☐ V ☐ W ☐ X ☐ Y ☐ Z	
Nº REGISTRO 05270246738	VALIDADE 06/05/2021
PHASELITAÇÃO 08/08/2011	
OBSERVAÇÕES	
Assinatura do Portador: <i>Maria Michelle Coelho Gomes</i>	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 09/05/2016
LINE EMISSOR/UF/UF EMISSOR 67130368506 RR208837965	
ASSINATURA DO EMISSOR	
DETRAN-RR (RORAIMA)	

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1239479827

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1239479827

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 


ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME
TELVA SANTIAGO GUEDES

RELACION
EDNILSON JOSÉ SANTIAGO
TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE
SANTARÉM - PA 18/11/1970

DOC. ORIGEM
CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF
739.248.066-91

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Chefe do SDC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975799381
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 01005963123 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF / CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

PLACA ANT./UF NAY3575 - RR CHASSI 9C2JC4820E0020129

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NOU AP/TC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAP / POT / CIL 3P/0124CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA *PAGO* VENC. COTA ÚNICA *PAGO* VENC. / COTAS 1* *****

FAIXA / PVA: PARCELAMENTO / COTAS 2* *****

*** PAGO COTA ÚNICA *** 3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 10/09/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO *PROIB SAIR DA A DOCUMENTO É PONTE OBRIGATORIO

MAZIN DCLD NAO VALER PARA TRANSFERENCIA

BOA VISTA-RR DATA 20/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975799381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/09/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

RENAVAM 01005963123 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2014 CAT TARE Nº CHASSI 9C2JC4820E0020129

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$36,05 DENATRAN (R\$) R\$4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15 IOF (R\$) R\$0,32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) R\$84,58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975799381
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD-RENAVAM 01005963123 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF / CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

PLACA ANT. / UF NAY3575 - RR CHASSI 9C2JC4820ER020129

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTONETA/NGO-APIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP. POT. / CIL. RP/0124CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA *PAGO* VENC. COTA ÚNICA *PAGO* VENC. / COTAS 1* *****

FAIXA / PVA. PARCELAMENTO / COTAS 2* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 10/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE FOMENTO *PROIB. SAIR DA V. DOCUMENTO É PONTE OBRIGATORIO

MAZON 0010 NAO VALER PARA TRANSFERENCIA

BOA VISTA-RR DATA 20/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975799381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/09/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

RENAVAM 01005963123 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2014 CAT. TARE 9C2JC4820ER020129

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$36.05 DENATRAM (R\$) R\$4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) R\$84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468080/19

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO
GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELZIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA