

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO GERAL

239717

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial do Município de Boa Vista - RR

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152535/20

Vítima: BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS

CPF: 037.889.512-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/12/2019

Titular do CPF: BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS : 037.889.512-57

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: 29/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200196258 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRENDA GEORGINA ALENCAR DE **Data do acidente:** 07/12/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A
MATOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

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

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 RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P1/3/6

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200196258 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRENDA GEORGINA ALENCAR DE **Data do acidente:** 07/12/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A
MATOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

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

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 RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P1/3/6

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Brenda Georgina Almeida de Matos
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: ESTUDANTE RG: 309.102-2
CPF: 037.889.012-57 ENDEREÇO: Rua Linne 104
BAIRRO: Liderdor Satélite CIDADE: Boa Vista
CEP 69377-996

VÍTIMA: Brenda Georgina
CPF: 037.889.012-57 DATA DO SINISTRO:
NATUREZA:

OUTORGADA :

NOME: William General Vaz Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: estudante
Nº DO RG: 334717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP - RR
DATA DE EMISSÃO: 13.11.16
Nº CPF: 825.346.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 18, 2951 Centro Manaus

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalido, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, 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.



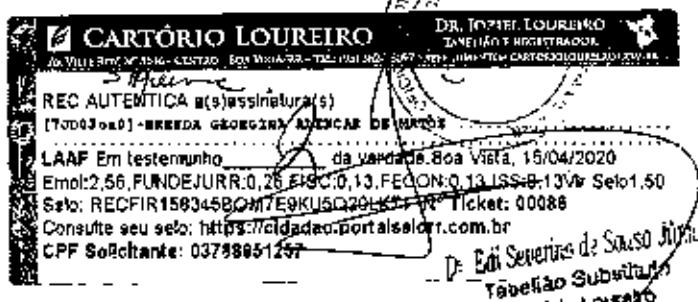
Boa Vista RR, 15 de Abril de 2020

Brenda Georgina Almeida de Matos
Assinatura



Obs – Reconhecimento por autenticidade.

Certifico que o presente documento
sentado neste Cartório na data
indicada no carimbo eletrônico de
reconhecimento. Dou fé.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152535/20

Vítima: BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS

CPF: 037.889.512-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/12/2019

Titular do CPF: BRENDA GEORGINA
ALENCAR DE MATOS

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS : 037.889.512-57

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: 29/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRENDAL GORGINA ALENCAR DE MATOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05076-8

CONTA: 000010004154-X

Nr. da Autenticação 009A100D33107430

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

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200196258

Vítima: BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS

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\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS

Valor: R\$ 945,00

Banco: 001

Agência: 000005076-8

Conta: 000010004154-X

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

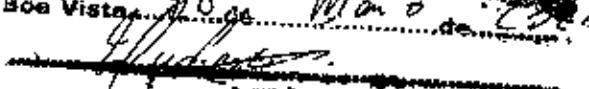
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



AUTENTICAÇÃO

Certifico o que fui que a presente fotocópia
é a reprodução fidedigna do Original.

Boa Vista, 18 de Maio de 2020

 Fábio Henrique
 Agente de Registro



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015767/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/05/2020 12:14 Data/Hora Fim: 15/05/2020 12:25
 Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 07/12/2019 09:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Caranã

Logradouro: AV. Carlos Pereira de Melo

Complemento: Prox. ao Supermercado São Jorge

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1224; DEIXAR O CONDUTOR DO VEÍCULO, EM ACIDENTE, DE PRESTAR IMEDIATO SOCORRO À VÍTIMA, OU, DEIXAR DE SOLICITAR AUXÍLIO DA AUTORIDADE PÚBLICA (ART. 304 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)	Nascimento: 30/06/1995	Idade: 24 anos
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	
Naturalidade: MA - Imperatriz	Profissão: Autônoma	
Estado Civil: União Estável		
Nome da Mãe: Neurimara Fonseca de Alencar	Nome do Pai: Raimundo Nonato de Matos	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 037.889.512-57

RG - Carteira de Identidade: 362102-2

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 104

Logradouro: rua cisne

Bairro: Cidade Satélite

Nome Civil: CONDUTORES DESCONHECIDOS (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)	Idade:
Nacionalidade: Brasileira	

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição modelo BIS:	Veículo Adulterado? Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido:	Envolvimentos:
Condutores Desconhecidos	Proprietário:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015767/2020

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Ultrilávia/Camioneta/Caminhon
Descrição Taxi-lotação	Cor branca
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Condutores Desconhecidos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE a comunicante compareceu nesta UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 07 de dezembro de 2019, por volta das 09:00 horas da manhã, a comunicante estava em via pública, indo em direção ao centro da cidade de Boa Vista/RR; QUE neste momento percorria na AV. Carlos Pereira de Melo, no bairro: Caranã/RR/BV, próximo ao supermercado São Jorge; QUE nesta avenida estava acontecendo uma discussão entre dois condutores; QUE o primeiro era um homem, que estava em um automóvel, branco da empresa de táxi-lotação, e a segunda uma mulher, em uma motocicleta BIS. QUANDO de surpresa em dado momento da discussão, o condutor do táxi-lotação tomado por uma grande fúria, tentou atropelar a mulher que estava na BIS; QUE nesse momento a condutora da BIS, para não ser atingida pelo motorista do táxi, acelerou sua motocicleta adentrando no acostamento e atingindo bruscamente a comunicante; QUE de imediato a colisão os condutores dos veículos evadiram-se do local do acidente sem prestar socorro ou assistência a comunicante; QUE no momento do fato, a comunicante foi socorrida por transeuntes que estavam presentes no local, que em ato contínuo ligaram para a equipes de resgate de emergência - SAMU; QUE a comunicante teve fraturas em todo seu corpo, e fraturas mais graves na TIBIA (perna), como consta em laudo médico em anexo a este B.O; QUE PERGUNTADO à comunicante se ela tem suspeitas ou testemunhas que identifiquem ou auxiliem na identificação do autor que conduzia um dos veículos acima citados, RESPONDEU: QUE NÃO tem suspeitas de quem poderia ser os infratores que conduziam os veículos, que não lembra de algo que pudesse auxiliar na identificação destes veículos (modelo, placa...).

QUE a comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (15/05/2020) devido à gravidade do seus ferimentos e pelo fato desse registro garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia *ad-hoc*, chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O, orientei à comunicante que ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

R. Hualacy Seelig nº mat. 020116684 (Aurente - Telefone: 0)

Ana Cassia Ferreira Cruz
Agente de Polícia
Matrícula 42000677
Responsável pelo Atestamento

Brenda Georgina Alencar de Mello
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os efeitos legais da prova que sou (não) responsável pelas informações acima consignadas e declaro que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Comunicação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotografia é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 15 de maio de 2020
[Assinatura]



Delgado de Polícia Civil: Simone Arruda do Carmo
Impresso por: Ana Cassia Ferreira Cruz
Data de Impressão: 15/05/2020 12:25
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 AS: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 5 - CPF: 6 - CPF:

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 5 - CPF: 6 - CPF:

037.889.512-57 *Brenda Giorgina Alencar de Melo* 037.889.512-57

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 446/2012

7 - Nome completo: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
Brenda Giorgina Alencar de Melo *Rua: Ribeirão* *109*
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
Ribeirão Satélite *Baía Vista* *RR* *69.317-496*
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDO): 17 - Celular:

16 - Tel.(DDO): 99115-3855

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

{Informar o dígito se existir}

{Informar o dígito se existir}

CONTA CORRENTE (lados os bancos)

Nome do BANCO: *Brasil*

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, respeitando e dando, desou já e sempre 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 preenchimento 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 sujeitar à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 houver desacordo com seu conteúdo.

23 - Declaração de ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data da óbito da vítima:

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

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

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

34

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

Brumado RR 13 Maio 2020

Bruno G. Almeida Matos

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4846907

EZINETE CHAVES PINTO

R. CISNE, 104 ,

CIDADE SATELITE

69317496 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
927775	03/2020	10-FEB-20 a 13-MAR-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1467	05-APR-20	R\$ 1.157,79

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO

927775

MÊS

03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 1.157,79

836100000113.577900750008.000000000927.777503200050



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

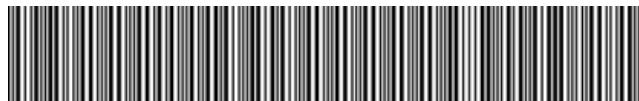
**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





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 RESEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar penas administrativas, RECEDER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Freire

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Brenda Georgina Blentzke de Mattos inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.889.562-57,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Brenda Georgina Blentzke de Mattos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.889.512-57 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua C.C.11</u>	Número:	<u>294</u>	Complemento:		
Bairro:	<u>Lourdes Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	
E-mail:	<u>wfEvans0992@gmail.com</u>				CEP:	<u>69.318-085</u>
					Tel.(DDD):	<u>(65) 99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 12 de Maio de 2020

William Gonçalves Freire

Assinatura do Declarante

07/12/2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

Reclassificação	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

DIURNO 07-19 4

1901195528 07/12/2019 09:22:24

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente	BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS	Data Nascimento	30/06/1995	Idade	24 A 5 M 7 D	CNS	700502725362555	CPF	03788951257	Prontuário
Tipo Doc	Documento IDENTIDADE	Órgão Emissor SSP,RR	Data Emissão 12/06/2007	Sexo	F	Estado Civil UNIAO	Raça/Cor PARDA	Naturalidade IMPERATRIZ - MA	BRASILEIRA	Contato
Mãe	NEURIMAR FONSECA DE ALENCAR					ESTAVEL		RAIMUNDO NONATO DE MATOS	(95) 99147-0208	Ocupação
Endereço	RUA - JUVENCIO JARICUNA DE ALBUQUERQUE - 776 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR									

Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Pressão
Setor	RESGATE				Registrado por: LEANDRO
GRANDE TRAUMA					
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)
 Paciente de 20 anos com 30 dias de duração de febre e dor de estômago.
 Acidente moto a 08h00 com suspeita de fratura de costela.

Exame Físico: MJO, S/ curva Síndrome

Hipótese Diagnóstica:

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Leprinona 1g Tencicau 40 mg	9:30	Rivanildo G. Dantas COREA-RR 08664-TP 0121-0620 A.O.
		Lauditoai Junior Médico CRM-RR 1882 ? - APP 2010 Original QUE - SECRETARIA este Hospital

Conduta
 Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transferência para: *Arlopes*
 Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
 Data e Hora da Saida/Alta: / / / : / : /

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

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: Leandro
Data Hora: 07/12/2019 09:23:23



1901195528

23|2|8|1|1|1|

08|08|

Brumado

Bruna Leonina Alencar de

PASTA PARA PRONTUÁRIO

Matos

Dn: 30.06.97

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

23/04/2020

D

BRENDA GEORGINA ALENCAR DE M 475

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PRONTUÁRIO N°

00932811

PACIENTE: BRUNA GIORGINA ALGONCAR DN: 3010611995
75 MATOS

DATA HORA	EVOLUÇÃO
03/03/2020 / 09:00	<p>BRUNA GIORGINA ALGONCAR 75 MATOS</p> <p>Dr. Max Aguto Ortopedia e Reumatologia Medicina do Trabalho CRM RR 595 MTR 43 RQE 591</p> <p>07/07/2020 SOLICITOU</p> <p>MAX - PERIODICO</p> <p>Dr. Max Aguto Ortopedia e Reumatologia Medicina do Trabalho CRM RR 595 MTR 43 RQE 591</p>
	<p>07/07/2020 SOLICITOU</p> <p>MAX - PERIODICO</p> <p>Dr. Max Aguto Ortopedia e Reumatologia Medicina do Trabalho CRM RR 595 MTR 43 RQE 591</p>



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PRONTUÁRIO N° 232811-08
PACIENTE: Brenda Georgina Almeida de Moraes DN: 30106195

H Ortopédico Dr. Max
porta reto de volta de acidente
com moto hoje pelo motivo
reflexo da amputação D.

Ex Rx : fractura em fígia
D.

D: Redutor + PNE + suspensorio

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 1084