

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:
2802601020200806165047

Processo 0818525-53.2020.8.23.0010 ☆ - (15 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)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 11	06/08/2020 16:50:47	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
11.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2739975CONTESTACAO01.pdf Público
11.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2739975CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
11.3	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2739975CONTESTACAOAnexo03.pdf Público
11.4	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
10	06/08/2020 16:40:28	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 06/08/2020 referente ao evento de expedição seq. 9.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
[+] 9	06/08/2020 10:43:28	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária
8	03/08/2020 00:03:56	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de NILDO INACIO TREVISAN) em 03/08/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (22/07 /2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
7	23/07/2020 11:51:29	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de NILDO INACIO TREVISAN com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (22/07/2020)	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário
[+] 6	22/07/2020 20:48:01	CONCEDIDO O PEDIDO	Anita de Lima Oliveira Magistrada
5	22/07/2020 10:41:29	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	22/07/2020 10:41:29	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	22/07/2020 10:41:29	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	22/07/2020 10:41:28	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	22/07/2020 10:41:28	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	WANDERLEI SILVA RIBEIRO Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08185255320208230010

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 **NILDO INACIO TREVISAN**, 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 **22/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/02/2020**.

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 indenitória na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete 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 VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 27/02/2020 após 5 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

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;

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 22/09/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete 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.

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)

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete 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 **22/09/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

⁷art. 1º. (...)

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

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar 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, 5 de agosto 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 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 **NILDO INACIO TREVISAN**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08185255320208230010.

Rio de Janeiro, 5 de agosto 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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: NILTO INACIO TREVISAN, brasileiro, casado, motorista, portador do CPF 294.514.422-00, portadora da cédula de identidade 777-70 SSP/RR, residentes e domiciliados na Rua Topázio imperial, snº quadra 18 lote 508, Bairro Pedra Pintada, CEP 69.300-000, Município de Boa Vista - RR.

OUTORGADO: RONALDO SOUZA COSTA, brasileiro, união estável, auxiliar administrativo, RG 164075 SSP/AM, CPF 616.535.942-68, residente e domiciliado na Maria Rodrigues dos santos, Nº 996, bairro Asa Branca, Boa Vista-RR

PODERES: Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, 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, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

Boa Vista – Roraima, 26 de Fevereiro de 2020.



Nildo Inacio Trevisan

NILDO INACIO TREVISAN



PROCURAÇÃO

Outorgante: : LORENA TAIANA DA SILVA, Brasileira, Solteira, portador (a) do ID nº 3327698 SSP/RR e inscrito no CPF: nº 003.639.152-22, residente na AV: Sol Nascente nº 1489, Bairro: Bela Vista, CEP: 69.316-132, nesta Capital. Tel.: (95) 99163-1465

VITIMA: LORENA TAIANA DA SILVA CPF Nº 003.639.152-22 **DATA DO SINISTRO:** 02/12/2019.

NATUREZA: INVALIDEZ

OUTORGADA: TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 524555-9 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91, Brasileira, Casada, cujo endereço é na AV: Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, Telefone: (95) 98118-1200.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT por INVALIDEZ a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT administrado pela Seguradora a 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 e Federais, ou Órgão privado, 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, 10 DE DEZEMBRO de 2019.

LORENA TAIANA DA SILVA

LORENA TAINA DA SILVA



Sabino
Selo Autorizado
Cartório Loureiro

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200102434 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NILDO INACIO TREVISAN **Data do acidente:** 22/09/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/FIOS DE KIRSCHNER/PARAFUSOS CANULADOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL 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 MODERADO DE QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 4/5/6/8/9/12 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

CPF: 294.514.422-00

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NILDO INACIO TREVISAN

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

NILDO INACIO TREVISAN : 294.514.422-00

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: 05/03/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

RONALDO DE SOUZA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200102434 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NILDO INACIO TREVISAN **Data do acidente:** 22/09/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/FIOS DE KIRSCHNER/PARAFUSOS CANULADOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL 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 MODERADO DE QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 4/5/6/8/9/12 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081485/20

Vítima: LORENA TAINA DA SILVA

CPF: 003.639.152-22

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 02/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LORENA TAINA DA SILVA

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

LORENA TAINA DA SILVA : 003.639.152-22

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: 05/03/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Carteira de Identidade

Nome
RONALDO DE SOUZA COSTA

CPF
164075

Data de Nascimento
23/10/1977

Data de Expedição
14/05/2019

Local de Nascimento
AUTAZES - AM

Doc. Original
CERTD NASC 273 RLS 137 LIV 3-A
1º OF AUTAZES-AM

6.16.535.942-68
2ª VIA

Assinatura
ANABEU ROCHA TRIANI

Lei Nº 7.118 DE 29/05/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Carteira de Identidade

Nome
ANTÔNIO ESPINOZA DA COSTA

CPF
164075

Data de Nascimento
23/10/1977

Data de Expedição
14/05/2019

Local de Nascimento
AUTAZES - AM

Doc. Original
CERTD NASC 273 RLS 137 LIV 3-A
1º OF AUTAZES-AM

6.16.535.942-68
2ª VIA

Assinatura
ANABEU ROCHA TRIANI

Lei Nº 7.118 DE 29/05/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 


ANNA D. GUEDES
REDACTED DO 1116 12

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEPM 524555-9 30/01/2017

NOME
TELVIA SANTIAGO GUEDES

RENOME
EDMILSON JOSÉ SANTIAGO
TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE
SANTARÉM - PA 18/11/1970

DOC. ORDEM
CERTO CAS 353 FLS 153 LIV 8 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

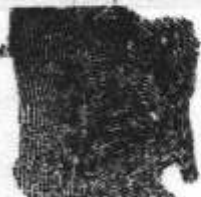
CPF
739.248.066-91 **AMADEU ROCHA TRIANI**
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do IODC

1 VIA P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



Nildo Inacio Trevisan
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **77770** DATA DE EXPEDIÇÃO **10/06/2019**

NOME **NILDO INACIO TREVISAN**

FILIAÇÃO **SABINO TREVISAN
ELZA ANA TREVISAN**

NATURALIDADE **MISSAL - PR**

DOC. ORIGEM **CERTD CAS AVERB DIVORCIO 1304 FLS 104 LIV B-05
SÃO LUIZ - RR**

CPF **294.514.422-00**

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Ponto Facilitador de Polícia Civil
Chefe de RDC

DATA DE NASCIMENTO **28/12/1965**

P1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

LORENA TEIXEIRA DA SILVA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1831222957

05470169945 11/10/2021 19/04/2012

1831222957

PROVIDO PLASTIFICAR

1831222957

RORAIMA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

13/03/2012

51404650744

20210069872

DFACAL AP AM BACES GO



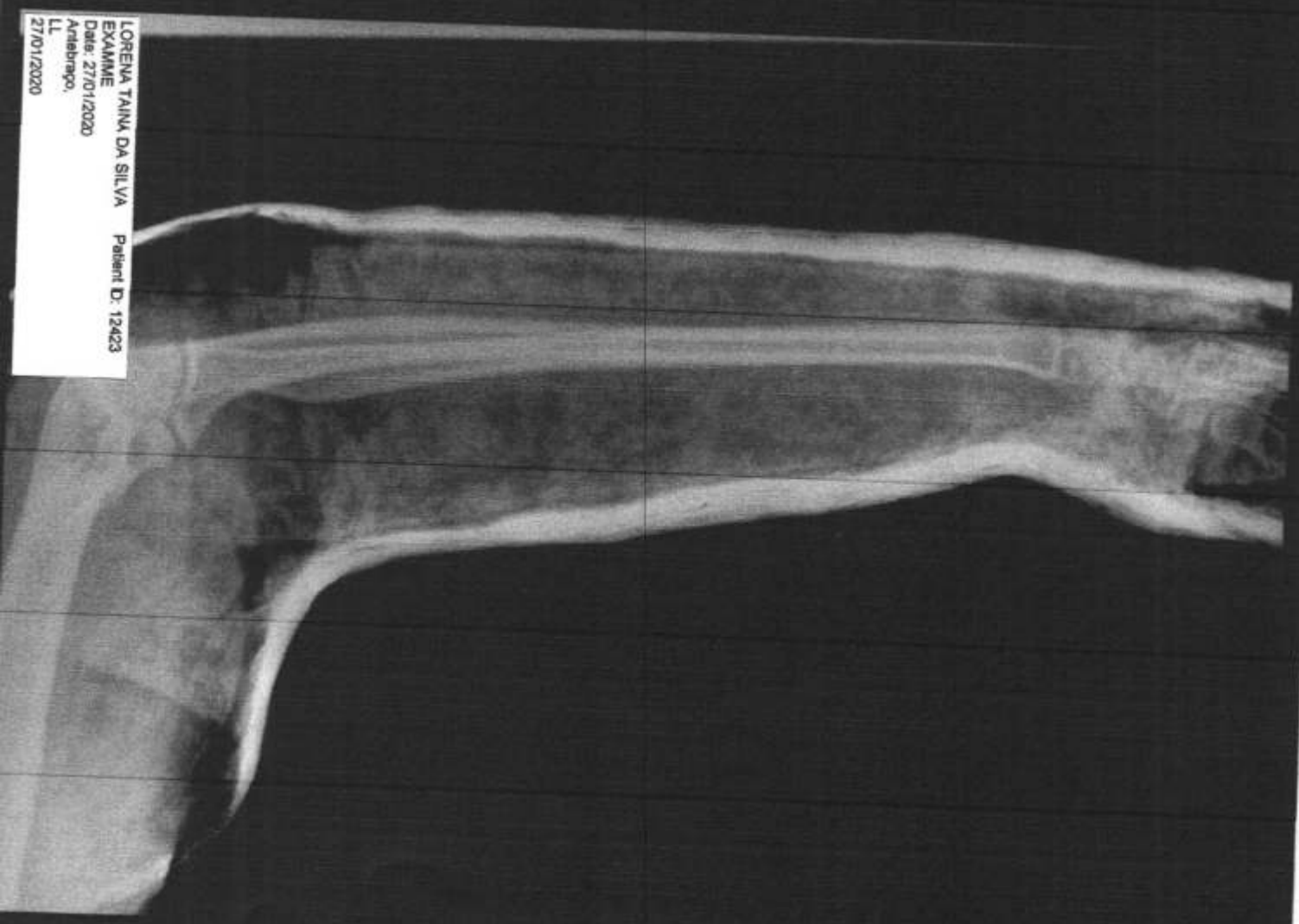
1901193541	02/12/2019 12:54:55	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19 22	
Paciente LORENA TAINA DA SILVA		Data Nascimento 07/05/1989		Idade 30 A 6 M 26 D		CNS 700501985768755	
Tipo Doc IDENTIDADE 3327698		Documento SSP/RR		Sexo F		CPF 00363915222	
Mãe MARIA APARECIDA SILVA		Estado Civil SOLTEIRO (APARDA)		Raça/Cor IGNORADO		Prontuário 00168413	
Endereço RUA - SOL NASCENTE - 1489 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR		Naturalidade BRASILEIRA		Cognome (95) 99116-2467		Ocupação NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Autorização	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada RESGATE		Procedência		Temp.	
Queixa Principal		Procedimento Sol.		Peso		Pressão	
		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue		Registrado por: ANTONIA.SOARES			
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares		☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
Conduta							
óbito							
Assinatura do Paciente ou Responsável							
Carimbo e Assinatura do Médico							



1901193541



LORENA TAINA DA SILVA Patient ID: 12423
EXAMINE
Date: 27/01/2020
Antebraco,
AP
27/01/2020



LORENA TAINA DA SILVA Patient ID: 12423
EXAMINE
Date: 27/01/2020
Antebraco,
LL
27/01/2020

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu RONALDO DA SILVA COSTA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 61.653.594/168 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALDO INÍCIO TREVISAN inscrito (a) no CPF sob o Nº 294514422/100

do sinistro de DPVAT cobertura INURAI/DEZ da Vítima ALDO INÍCIO TREVISAN

inscrito (a) no CPF sob o Nº 294514422/100, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA MARIA RODRIGUES DOS SANTOS</u>		Número: <u>996</u>	Complemento: <u>GRUPO 106/10</u>
Bairro: <u>ASA BRANCA</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>69312-285</u>
E-mail: <u>ronaldo.costa2010@bol.com.br</u>			Tel.(DDD): <u>95991150318</u>

Local e Data: Boa Vista/PE 28 de FEVEREIRO de 2020



Assinatura do Declarante

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 991 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.023-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime Especial de Impostos autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal: 4678095

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	11/03/2020	1316	1.030,69

ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES
R. MARIA RODRIGUES SANTOS 996 - ASA BRANCA
CPF: 00857064261200
CEP: 69.312-285 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 99952	Atual: 21-02-2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.3
Anterior: 97636	Anterior: 24-01-2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 28	Próxima leitura: 21-03-2020	Ligação: TRIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 20-02-2020	Número Medidor: 12LDT80308
Consumo medido: 1316	Apresentação: 21-02-2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 1316		Modalidade: N 1522689

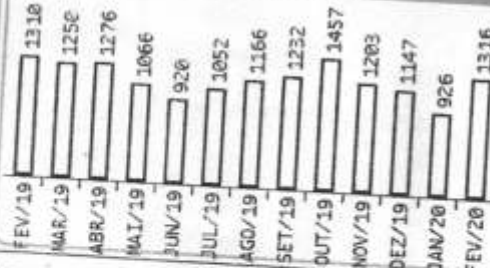
CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA 1316 A R\$ 0,765725 = 1.007,69
23,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 1316 - 2,617770

Média 12 meses: 1.247

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



LOQUE IMPORTANTE: F FACH (SPAO) VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 20/02/2020, não constavam faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 4032.C942.3889.F7AD.3797.86DD.A289.BB7B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	543,97	Encargos:	30,01
Contribuição:	238,22	Tributos:	194,69
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
1.007,69	ICMS: 17,00%	171,30
	PIS: 0,41%	4,13
	COFINS: 1,91%	19,26

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DCE			FIC			DMC	DCEM
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Límite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	0,07			1,00			0,07	
Conjunto	LORESTA							

Período de apuração: 12/2019

EUSD: 345,70

ROT: 5.001.12.07.733400



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 991 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.023-3)

SEU CÓDIGO

0023601-2

TOTAL A PAGAR - R\$

1.030,69

MÊS FATURADO

02/2020

VENCIMENTO

11/03/2020

Nº da Nota Fiscal: 4678095

FCM*

83600000010 6 30690075000 2 000000000023 2 60120220008 0



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

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

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

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

Pelo exposto, eu TELUIA SANTIAGO GUEDES

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

LORENA TAIANA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 003.639.152 / 22

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LORENA TAIANA DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 003.639.152 / 22, 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>69.305-050</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98338-3200</u>

Local e Data: BOA VISTA - RR, 03 DE MARÇO DE 2020.

TELUIA SANTIAGO GUEDES
Assinatura do Declarante

141 43

CPF: 00029451442200

CEP: 69.300-000 - BOA VISTA

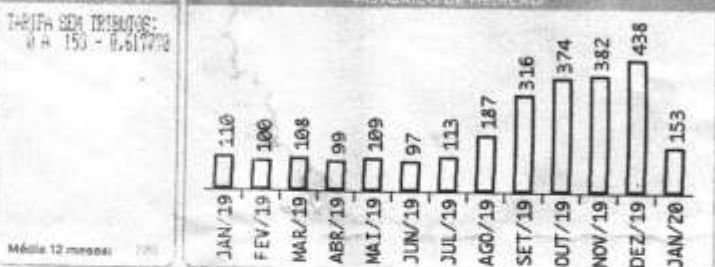
RESERVAÇÃO DA CUNTA		
CONSUMO	153 A R\$	0,760481 = 116,35
ILUMINACAO PUBLICA		25,08

CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA

153 A R\$ 0,760481 =	116,35
	25,00

7-2174 SED: 1715006:
W: 153 - 0.617220

HISTORICAL DEVELOPMENT



Médula 12 mes-04a 728



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LINHA DE CONTROLE E FAÇA O SEU VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Resolvendo-se o dia 03/01/2020, não constando faturas vencidas nesse índice Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

1939 1901 F10F 837A 50CA F57C 939D 830F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Energia:	2.50
Encargos:	2.50
Contribuição:	21.60
Triluzes:	
Transmissão:	

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Base de Cálculo	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:	0.31%	8.36
PIS:	1.45%	1.60
COFINS:		

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	01/19	02/19	03/19	04/19	05/19	06/19	07/19	08/19	09/19	10/19	11/19	12/19	Total	Average	Standard Deviation	Variance	Coefficient of Variation	Skewness	Kurtosis	Normality Test	P-Value	Significance Level	Confidence Interval	Sample Size	Population Size	Margin of Error	Level of Significance	Power of Test	Effect Size	Statistical Power	Statistical Significance	Statistical Inference	Statistical Conclusion	Statistical Decision	Statistical Hypothesis	Statistical Assumption	Statistical Method	Statistical Software	Statistical Package	Statistical Program	Statistical Language	Statistical Environment	Statistical System	Statistical Platform	Statistical Framework	Statistical Library	Statistical Module	Statistical Component	Statistical Element	Statistical Feature	Statistical Function	Statistical Procedure	Statistical Process	Statistical Operation	Statistical Action	Statistical Result	Statistical Outcome	Statistical Finding	Statistical Discovery	Statistical Insight	Statistical Knowledge	Statistical Understanding	Statistical Awareness	Statistical Sensitivity	Statistical Specificity	Statistical Accuracy	Statistical Precision	Statistical Reliability	Statistical Validity	Statistical Soundness	Statistical Credibility	Statistical Trustworthiness	Statistical Integrity	Statistical Honesty	Statistical Transparency	Statistical Accountability	Statistical Responsibility	Statistical Ethics	Statistical Compliance	Statistical Regulation	Statistical Standard	Statistical Norm	Statistical Rule	Statistical Law	Statistical Principle	Statistical Doctrine	Statistical Theory	Statistical Concept	Statistical Idea	Statistical Thought	Statistical Mindset	Statistical Attitude	Statistical Behavior	Statistical Habit	Statistical Routine	Statistical Practice	Statistical Application	Statistical Implementation	Statistical Execution	Statistical Performance	Statistical Quality	Statistical Quantity	Statistical Value	Statistical Worth	Statistical Importance	Statistical Relevance	Statistical Significance	Statistical Impact	Statistical Influence	Statistical Effect	Statistical Consequence	Statistical Implication	Statistical Suggestion	Statistical Recommendation	Statistical Advice	Statistical Guidance	Statistical Direction	Statistical Pathway	Statistical Route	Statistical Journey	Statistical Expedition	Statistical Adventure	Statistical Quest	Statistical Search	Statistical Hunt	Statistical Pursuit	Statistical Endeavor	Statistical Undertaking	Statistical Project	Statistical Task	Statistical Job	Statistical Work	Statistical Activity	Statistical Engagement	Statistical Participation	Statistical Involvement	Statistical Contribution	Statistical Input	Statistical Output	Statistical Product	Statistical Service	Statistical Benefit	Statistical Advantage	Statistical Gain	Statistical Profit	Statistical Return	Statistical Yield	Statistical Harvest	Statistical Crop	Statistical Plant	Statistical Tree	Statistical Flower	Statistical Fruit	Statistical Seed	Statistical Root	Statistical Stem	Statistical Branch	Statistical Leaf	Statistical Twig	Statistical Bark	Statistical Sap	Statistical Juice	Statistical Nectar	Statistical Honey	Statistical Butter	Statistical Cheese	Statistical Meat	Statistical Fish	Statistical Bird	Statistical Beast	Statistical Monster	Statistical Dragon	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit	Statistical Sage	Statistical Seer	Statistical Prophet	Statistical Oracle	Statistical Visionary	Statistical Mystic	Statistical Shaman	Statistical Witch	Statistical Wizard	Statistical Sorcerer	Statistical Mage	Statistical Priest	Statistical Monk	Statistical Nun	Statistical Hermit
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---------	--------------------	----------	--------------------------	----------	----------	----------------	---------	--------------------	---------------------	-------------	-----------------	-----------------	-----------------------	---------------	-------------	-------------------	--------------------------	-----------------------	------------------------	----------------------	------------------------	------------------------	--------------------	----------------------	---------------------	---------------------	----------------------	-------------------------	--------------------	----------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	---------------------	---------------------	----------------------	-----------------------	---------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	---------------------	---------------------	-----------------------	---------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------	----------------------	-----------------------	-------------------------	----------------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------------	-----------------------	---------------------	--------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------	------------------------	------------------------	----------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------------	----------------------	--------------------	---------------------	------------------	---------------------	---------------------	----------------------	----------------------	-------------------	---------------------	----------------------	-------------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------	---------------------	----------------------	-------------------	-------------------	------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------	----------------------------	--------------------	----------------------	-----------------------	---------------------	-------------------	---------------------	------------------------	-----------------------	-------------------	--------------------	------------------	---------------------	----------------------	-------------------------	---------------------	------------------	-----------------	------------------	----------------------	------------------------	---------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------	--------------------	---------------------	---------------------	---------------------	-----------------------	------------------	--------------------	--------------------	-------------------	---------------------	------------------	-------------------	------------------	--------------------	-------------------	------------------	------------------	------------------	--------------------	------------------	------------------	------------------	-----------------	-------------------	--------------------	-------------------	--------------------	--------------------	------------------	------------------	------------------	-------------------	---------------------	--------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------	------------------	------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------------	------------------	--------------------	------------------	-----------------	--------------------



CNPJ: 05.518.457/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.956.429-3
RUA MELVIN JONES, 318 - SÃO PEDRO - CEP. 88.305-418

CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 1165704

Dezembro/2019

Dados do Cliente:

LORENA TAJNA DA SILVA

Endereço para entrega:

AV SOL NASCENTE, NUM. 81489 - BELA VISTA
BOA VISTA RR 69316-132

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.025.223.0138.000	7	3765	RESIDENCIAL
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	LIGADO
ANTERIOR			ATUAL
CONSUMO (m³)			NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201911 10-0
201910 10-0
201909 10-0
201908 10-0
201907 10-0
201906 10-0
MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5446 / 2005 G.M.					
ANÁLISE	CLORO	TURBIDEZ	COR	C. TOTAL	E. COLI
EXIGIDO	100	100	100	100	100
REALIZADO	202	202	202	202	202
CONFORMES	202	202	202	202	202

DESCRICAÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3 23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA 19,06

VENIMENTO:

15/01/2020

TOTAL A PAGAR

42,89



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1165704	12/2019	15/01/2020	42,89

826300000000- 5 42890004001- 8 00116570401- 4 12201930003- 9



IMPRESSO EM: 06-10-2019 07:49:20

Via do Cliente

Via do CAER

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

Nº da Nota Fiscal 4517831

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

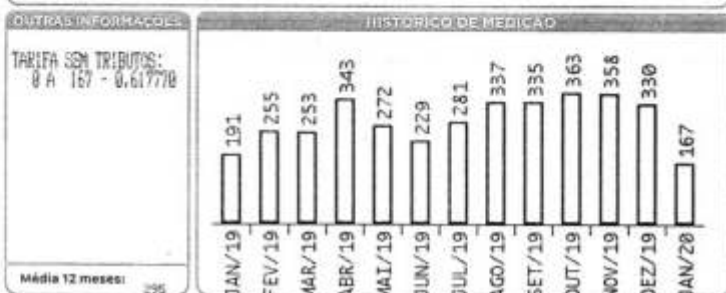
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	26/02/2020	167	152,08

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

CPF: 00005763937899

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 20989	Atual: 29-01-2020	Grupo/Subgrupo: 1-1-1,2
Anterior: 20472	Anterior: 28-12-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 02-02-2020	Ligação: BIFASICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 29-01-2020	Número Medidor: 14TB000002
Consumo medido: 167	Apresentação: 29-01-2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 167		Modalidade: N 1624688

DESCRIÇÃO DA CONTA	CONSUMO	167 A R\$ 0,760481 =	127,00
ILUMINACAO PUBLICA			25,08



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/02/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$ Mes/Ano Valor R\$
12/2019 419,24 11/2019 387,87

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

RESERVADO AO FISCO 8330.600B.B536.406C.190B.8181.1E4A.2A6C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 64,00	Encargos: 3,91	Base de Cálculo: 129,00	ALÍQUOTA VALOR
Distribuição: 30,74	Tributos: 23,02	ICMS: 17,00%	21,59
Transmissão: 3,00		PIS: 0,31%	0,39
		COFINS: 1,45%	1,84

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	6,23			2,00			3,34	
Conjunto	CENTRO			Período de apuração: 11/2019			EUSD: 108,56	

ROT: 12.001.02.11.603050

83630000001 2 52080075000 9 00000000126 3 05530120008 9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

294514422-00 294514422-00 NILDO INACIO TRAVISAN

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Nildo Inacio Travisan 294514422-00 Motorista Rua Torazio Imperial, Quadra 181-508 508 Casa

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Barra Pinta Boa Vista PR 69.300-000 69.300-000 95.9915-2318

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0653 03 CONTA: 00070656 9

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Local e Data: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 41 - Assinatura do Procurador (se houver)

Boa Vista/PR 28/02/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou(s):

3 - CPF do Vítima:

294514422-00

4 - Nome completo da vítima:

MILTONACIO TRAVISA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo:

MILTONACIO TRAVISA

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

RUA TADAZIO IMPERIAL, 181 - 508 508

6 - CPF:

294514422-00

9 - Número:

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Parque D'Antônio

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

69300-000

15 - E-mail:

miltonacio.travisa@bel.com.br

15 - Tel.(DDD):

95 99115-0318

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 mencionado no anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SIM RENDA



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



R\$1.001,00 A R\$2.500,00



R\$2.501,00 A R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os recursos do Seguro DPVAT)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (toda natureza)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

013

CONTA:

00040656

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o código da agência)

(Informe o código da conta)

(Informe o código da agência)

(Informe o código da conta)

Autorizo a Seguradora Líder a consultar a conta bancária informada, de minha titularidade, a fim de verificar a existência de débitos em relação ao Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo a validade do documento e a validade da informação fornecida.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.197/74), em virtude de:

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

Solicito a apresentação de 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, considerando, desde 12 (doze) meses, a análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado/Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 6.259/74.

Declaro que esta autorização não significa prova e recordação de com a futura avaliação médica ou renúncia do direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da mesma.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data da morte da vítima:

25 - Sexo da vítima: ☐ Masculino ☐ Feminino

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem herdeiros? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se enquadram e preenchem os requisitos, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a anulação da indenização recebida, e em caso de responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a petição (a seguir)

36 - CPF legível de quem assina a petição (a seguir)

37 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista/PR 28/02/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Mauricio Imparato

De: Mauricio Imparato
Enviado em: segunda-feira, 18 de maio de 2020 14:10
Para: 'dpvat@investseguradora.com.br'; 'laura.Muniz@investseguradora.com.br';
'geraldcastro@investseguradora.com.br';
'valdir.junior@investseguradora.com.br'
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA
Anexos: Projeto movimentação remota - Investprev.xlsx

Prezados, boa tarde!

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**.

Abraços,

Mauricio Imparato

Gerência de Sinistro – Coordenação Técnica
mauricio.imparato@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4598
Cel. 55 21 98223-8789



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 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](#)

Escolha (a) (s) tipo(s) da cobertura:

☐ DANOS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sistema CASL:

3 - CPF da vítima:

003.639.152-22

4 - Nome completo da vítima:

LORENA TAIANA DA SILVA

RECORRIDO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (ENTRADA EM REGISTRO/RECEBIMENTO LÍQUIDO) - CIRCULAR SUPLEN Nº 405/2012

5 - Nome completo:

LORENA TAIANA DA SILVA

7 - Profissão:

AUTÔNOMA

8 - Endereço:

AV. SOI NASCENTE

11 - Bairro:

BELA VISTA

12 - Cidade:

BOA VISTA

15 - E-mail:

CONFIANCASTONETMAIL.COM

6 - CPF:

003.639.152-22

9 - Número:

1489

10 - Complemento:

14 - CEP:

03-316-132

16 - Tel. (DDD):

(45) 32418-3200

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CATEGORIA:

☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00
☐ SEM RENDA

☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.500,00
☐ R\$ 2.500,00 A R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 A R\$ 10.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POLIPARCA (prestada para os bancos abaixo. Anexar cópia legítima)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Bradesco Unibanco (082)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

00030356

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

☐ CONTA CORRENTE (Tela de trabalho)

Nome do Banco:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no banco bancário informado, de minha titularidade, o valor da indenização/prestação do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sem reservas, a validade da decisão, quitando total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESENCIA DE SÓMOS PARA CONSTRUÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que atenda a região de ocorrência ou da minha residência;
- O IML que atende a região de ocorrência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região de ocorrência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

Solicito a apresentação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, com base na documentação anexa apresentada para a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, que não apresentarei a análise médica pericial, caso não houver a apresentação da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da ocorrência de sinistro ocorrido por acidente, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não implica em reconhecimento de culpa ou futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE USUÁRIO BENEFICIÁRIO - PESSOA FÍSICA QUE NÃO SE ENQUADRA PARA CONSTRUÇÃO DE MORTE

☐ Beneficiário ☐ Não ☐ Beneficiário ☐ Não ☐ Beneficiário ☐ Não ☐ Beneficiário ☐ Não

25 - Grupo de Parentesco com o titular:

26 - Vítima de roubo ou furto (a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima de roubo ou furto (a), informar o nome completo:

28 - Vítima de roubo ou furto (a):

☐ Sim ☐ Não

29 - Se vítima de roubo ou furto (a), informar o nome completo:

30 - Vítima de roubo ou furto (a):

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima de roubo ou furto (a):

☐ Sim ☐ Não

32 - Se vítima de roubo ou furto (a), informar o nome completo:

33 - Vítima de roubo ou furto (a):

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso houver, a indenização do Seguro DPVAT por morte de quem for beneficiário que se apresentar e provar a responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

34

Assinatura
digo da
vítima ou
beneficiário
do acidente

35 - Nome legítimo de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legítimo de quem assina o pedido (a rogo)

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

38 - 2ª / Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª / Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - RR 03 DE MARÇO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - 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: 008622/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/02/2020 09:58 Data/Hora Fim: 27/02/2020 10:09
Origem: Data: 27/02/2020
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 22/09/2019 17:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Cauamé
Logradouro: ESTRADA DO BOM INTENTO

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: NILDO INACIO TREVISAN (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 28/12/1965 Idade: 54 anos
Naturalidade: PR - Missal Profissão: Motorista Escolaridade: Ensino Fundamental Completo
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: ELZA ANA TREVISAN Nome do Pai: SABINO TREVISAN

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 294.514.422-00
RG - Carteira de Identidade: 77770

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA TOPAZIO IMPERIAL Nº: QD 18 /LT 508
Complemento: CASA
Bairro: PEDRA PINTADA CEP: 69.314-002
Telefone: (95) 99163-5783 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS ESTAVA CONDUZINDO SUA BICICLETA EM VIA PÚBLICA QUANDO UMA MOTO, VINDO EM ALTA VELOCIDADE, COLIDIU COM O MESMO CAUSANDO O ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; QUE FRATUROU O FÊMUR; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008622/2020

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Polícia
Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

NILDO INACIO TREVISAN

(Vítima / Comunicante)

"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: 005734/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/02/2020 10:37 Data/Hora Fim: 07/02/2020 10:50
Origem: Data: 07/02/2020
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 02/12/2019 11:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Nova Cidade
Logradouro: RUA CAMPO GRANDE

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve
<u>Motivação</u>	
Não definido	

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LORENA TAINA DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 07/05/1989 Idade: 30 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Desempregado Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA APARECIDA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 003.639.152-22
RG - Carteira de Identidade: 3327698

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV SOL NASCENTE
Complemento: CASA
Bairro: BELA VISTA
Telefone: (95) 99163-1465 (Celular)

Nº: 1489

CEP: 69.316-132

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 003.639.152-22	Placa NUL1878
Renavam 01071862453	Número do Motor KC22E1G020051
Número do Chassi 9C2KC2210GR020051	Ano/Modelo Fabricação 2016/2015
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX
Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX	Veículo Adulterado? Não



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005734/2020

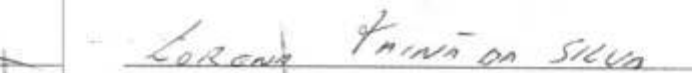
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 15/12/2015	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
LORENA TAINA DA SILVA	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE NO DIA 02/12/2019, ESTAVA TRAFEGANDO EM SUA MOTOCICLETA PLACA NUL1878, PELA RUA CAMPO GRANDE, QUANDO UM CICLISTA ATRAVESSOU A RUA INESPERADAMENTE CAUSANDO O ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDA PELO RESGATE DOS BOMBEIROS E ENCAMINHADA AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; QUE FRATUROU O BRAÇO; QUE NÃO SABE INFORMAR OS DADOS DO AUTOR DO ACIDENTE; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA QUEM QUER QUE SEJA; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS


Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000370
Responsável pelo Atendimento


LORENA TAINA DA SILVA
(Comunicante / Vítima)



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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00030356

☐ 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filhos)? ☐ 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 03 DE MARÇO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200102434

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RONALDO DE SOUZA COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), NILDO INACIO TREVISAN

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.
------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200102434

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RONALDO DE SOUZA COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NILDO INACIO TREVISAN

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: NILDO INACIO TREVISAN

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000070656-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200102434

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RONALDO DE SOUZA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NILDO INACIO TREVISAN

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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200102434 Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

Data do Acidente: 22/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RONALDO DE SOUZA COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), NILDO INACIO TREVISAN

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois foi entregue cópia simples.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois os entregues estão incorretos.

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Carta nº 15579758



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

Número do Sinistro: 3200102434

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

CPF: 294.514.422-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/09/2019

Titular do CPF: NILDO INACIO TREVISAN

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

NILDO INACIO TREVISAN : 294.514.422-00

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: 06/03/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

RONALDO DE SOUZA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

CPF: 294.514.422-00

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NILDO INACIO TREVISAN

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

NILDO INACIO TREVISAN : 294.514.422-00

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: 05/03/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

RONALDO DE SOUZA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

Número do Sinistro: 3200102434

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

Data do acidente: 22/09/2019

CPF: 294.514.422-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NILDO INACIO TREVISAN

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

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



Blow A 66

22/04/14

1) Data zero

2) Seale Reliance pa

3) Diprora re v-ell

4) CSR

5) PO CC

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

UUE
Tal

Alta: 27109119

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: *UEN*

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: *UEN*

2 - CNES:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 - CNES:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: *MILDO: IKA UO TIKUISHA*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: *175161*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): *8980027883441016*

8 - DATA DE NASCIMENTO: *28/12/65*

9 - SEXO: ☒ Masc ☐ Fem *3*

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: *Elza Ana Truira*

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: *915991685783*

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): *Vicinal 24 - 508 - Centro*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: *São João da Boa Vista*

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: *3506903*

15 - UF: *SP*

16 - CEP: *13000*

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Sob o acidente, queixa de e limitação funcional súbita e*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *Cinmora*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): *P. Saci*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Fraatura costal n. 12*

21 - CID 10 PRINCIPAL: *F80.0*

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: *F80.0*

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: *F80.0*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Tratamento clínico*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: *17*

26 - CLÍNICA: *Cinmora*

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: *Unicoma*

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF: *51159153167715*

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *51159153167715*

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *Tem A Lopez Aguiar*

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: *27/01/19*

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *Dr. Jesus A. Lopes Aguiar*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CHAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: *W. G. S.*

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *27/01/19*

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *W. G. S.*

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: *0308010019*

S 720 T 068 V 199

até 75.9 At. - 040805 0098

a: 22,0511

O.S.

MILPO KNCSTHOUR

GNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

DE INTERVENÇÃO:

DICAÇÕES E ACIDENTES:

AGNÓSTICO OPERATÓRIO:

RURGIÃO:

1º aUXILIAR:

AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

AUXILIAR:

ANESTHESIA:

NESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

Inicio:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Pacote n. 10
Banco de Trabalho, 1/2 praxe por
presente com o local
Classe do Pro Tera 400
no 1/2 praxe 7/8
Pelo 6/8 -
Certo

HISTÓRICO DE REGISTRO
Av. Brig. Eduardo Gomes, 91/N
Nave Planalto Tel (93) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
27 FEV 2020
Certifica-se que o presente



Dr. ~~Carlos A. Lopez Aguirre~~
CRM-RR 565



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

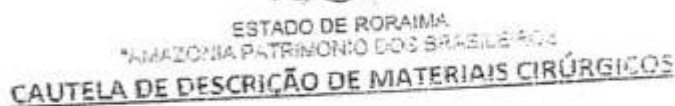
NOME DO PACIENTE		530	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Mário José					22/09/19
CIRURGIA			TEMPO DE DURAÇÃO		
TIPO			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Anestesia Transquilizante			23:17	23:28	
EQUIPE MÉDICA					
ANESTESISTA:					
RES. ANESTESIA:					
INSTRUMENTADOR					
CIRCUANTE					
TEMPO DE DURAÇÃO:					
DE ANESTESIA:					
QNT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURI N°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSE	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA N°	
1	SERINGA 10ML		05	GELADO	
	SERINGA 20ML		12	FITA CARDIACA	
			10 ML	OUTROS	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Enfermeira	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCUANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		
		Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N		
		Nova Esperança, 2105-2110-2111		
		ENVIAR À CONTABILIDADE		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Esperança, 2105-2110-2111

27 FEV 2020

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital



CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

01 Perimeter STRYKER

1ª VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
2ª OPME/CME

Hospital Gersi da Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Apto. 05
CEP 69.340-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (067) 2121-0037
E-mail: gersi@ig.com.br

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

H.G.R.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura de Cb de femur

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

Dr. Alder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 133178

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

Histórico + Exame físico + Radiológico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura de Cb de femur (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CHAMAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese de fratura de Cb de femur (E)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

0408050489

5720

11199

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

28/9/19

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

70.9



Mildo Inacio Previsan

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 25.09.15

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em 17.17.H Sh anestesie
- ② Sepsia e Antisepsia
- ③ colocação de campos estéril
- ④ Incisão inter-lateral + dissecção por planos profundos até visualização de focos de fratura
- ⑤ Redução livre + fixação com 03 pinos e parafusos 7.0 com o auxílio de interferência de imagens
- ⑥ L. H-C
- ⑦ Sutura por planos
- ⑧ Curativos
- ⑨ RPA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12551/RJ

MAX ELETIVA TAIKUE



FICHA DE ANESTESIA

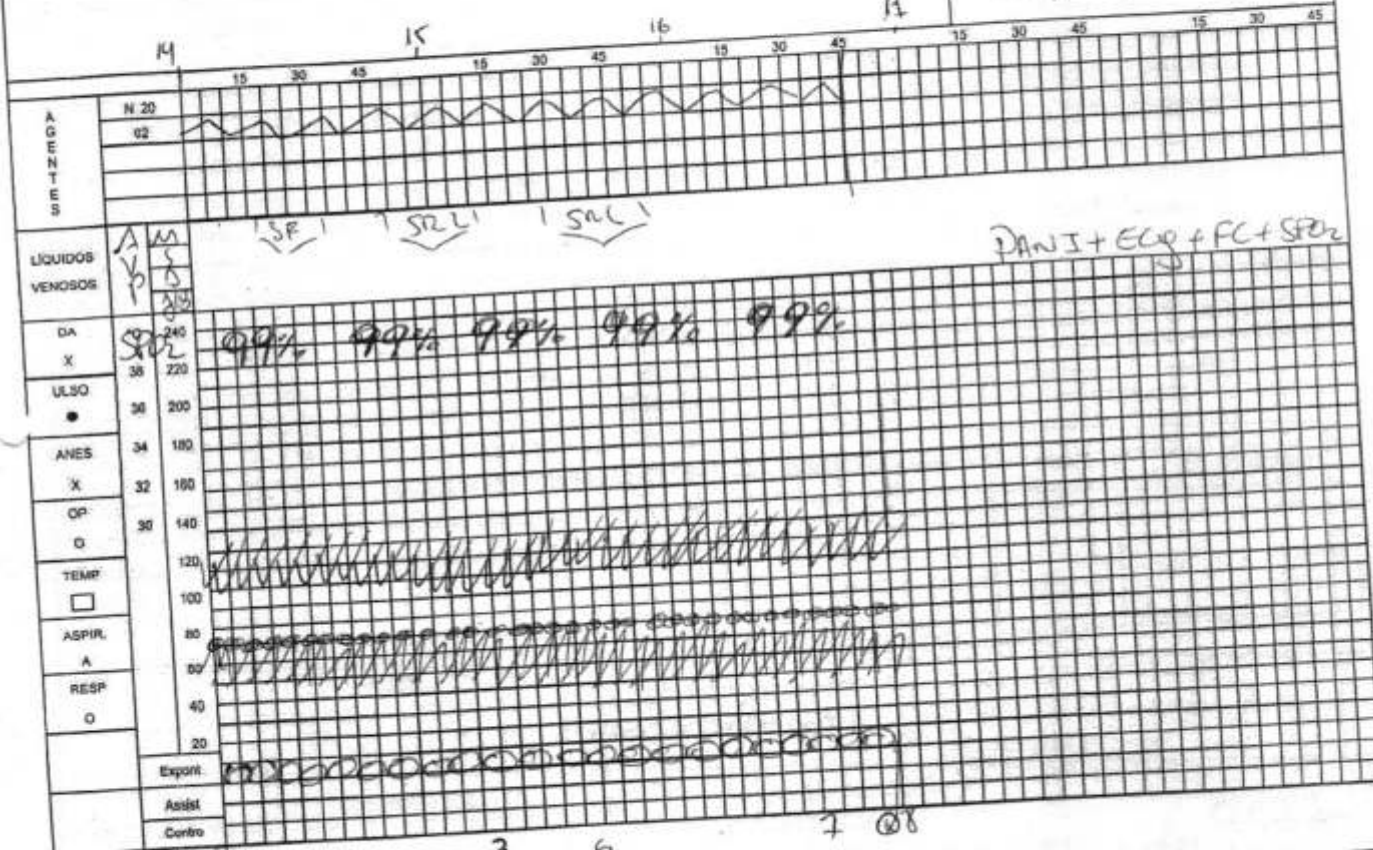
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

NILDO INACIO TREVISAN

53 anos.

Nº BV-RR
25/09/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO



AGENTES		DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Propofol 0.5% 20g		3. Riquinao Lewis Lumbal	X Montoungao + check LIT
B	Fentanyl		entre L4-L5 com agulha de	1. Opente de A sob CN 2L/min
C	Midazolam		Quince No 26g; Mediana	2. Sedosulgevo:
D			Simplex, com efeno sob	- Fentanyl 5mcg
E			valores combinados	- Midazolam 2mg
F				3. Riquinao Lewis Lumbal
G				4. efeno 2g IV
GLICOSE	LIQUIDOS		Cânula - Naso / Oro Faringe	5. Desambrao 10g IV
NDCD			Naso / Orotraseal - Ciga	6. timotem 4mg IV
SANGUE			Bal - Temp - Calibre do Tubo	
SR			Sob Máscara	
SR2			Dificuldade Técnica	
TOTAL			TEMPO DE ANESTESIA	
OPERACAO			02:45	
- OSTEOGINTER				
ANESTESIA	CODIGO	CIRURGAO	PERDA SANGUINEA	
- Dr Celso		Dr. Rogério		
- Dr Carlos Jr. R2		Dr. Marcos Brumby R2		

Bruno Thiago O. L. Pinho
MÉDICO
CRM-RR 1026

Dr. Celso Wanderley Jr.
Médico Anestesiologista
CRM-RR 1580 / RQE 762

- 7. efeno 2g IV
- 8. Trusadol 10mg IV
- 9. SR RA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Nildo Inacio Trevisan				25/09/19	
TIPO		CIRURGIA			
Osteossíntese de Fratura do Fêmur Esquerdo		INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO	
		15:53	16:47		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
De Elder		ANESTESISTA: De elio			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA: De carlos			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE			
		De Marcos + odinach			
TEMPO DE ANESTESIA: 1 hora		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº 2,0	
☒	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 3,0	
☒	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☒	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº Equipe	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL 300 Nº 14	
☒	SERINGA 03ML		1	CERA P/OSSO B. eolboxa 2000 ml	
☒	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
☒	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM 6 seiva p/ degumação	
☒	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
☒	Eletródos		1	OUTROS: povidine + álcool + 150ml	
☒	cateter p/02		1	atadura de crepom não aderente	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MEDICAMENTOS			
ENFERMEIRA CHEFE		SUB- TOTAL			
Luiziane					
Bruno					
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		TAXA DE SALA			
CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado: <i>ost de Fratura do fêmur Esquerdo</i>	
Nome do Paciente: <i>Nildo Inacio Trevisan</i>			Nº do Prontuário		Data <i>25/09/19</i>
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <i>04</i>	Circulante de Sala: <i>bandes + Inac</i>	

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

ca de canulado

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima		(x)	Dados Adicionais:		
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM		UNID	QUANT	MARCA
	Fio de Kichner 1,5		7		
	Fio de Kichner 3,0		1		
	Pareo, fuso canulado N 2 80		17		

Dr. Elder's
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

MÉDICO CIRURGIÃO: *Dr Elder* 1º AUXILIAR: *Dr Moraes + Odina*

INSTRUMENTADOR: *Fagner*

Empresa ()

Nome da Empresa:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID	QUANT	MARCA

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Nome: Nildo Inacio Trevisan Idade: 53 Setor/Leito: _____ Data: 25/12/19

Data de Nasc: 26/12/1965 Idade: 53 Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

INTRA-OPERATÓRIO

SRPA

Sinais Vitais

Cirurgia Proposta: Ost. frot. femur B

Entrada na Sala: 14:50 Início da Anestesia: 15:00 Início da Cirurgia: 15:53 Término da Cirurgia: 16:47 Término da Anestesia: _____

Localização: 0' Horário: 15' T: 36' FC: 76 PA: 100/60 SPO2: 94 AUDRE-TE: 0/10 DOR: 0/10

1. Informações: Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: Penicilina 30M, HBS Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não

Cirurgia Realizada: Ost. frot. femur B Anestesia: Basque Hidratação Inundida: Nome: Ceftriaxona Antibiótico: CH: Dexamet Hemoderivados: Plasma: CH: Dexamet Plaquetas: Plasma: CH: Dexamet

1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros: Observações: 2 h

2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando () Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado

Outros: _____ N° de Compressas oferecidas: 18 N° de Compressas recolhidas: 18 Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros: _____

Localização: 0' Horário: 15' T: 36' FC: 76 PA: 100/60 SPO2: 94 AUDRE-TE: 0/10 DOR: 0/10

3. Sinais Vitais: T: _____ °C R: _____ rpm FC: _____ bpm PA: _____ mmHg SAT: _____ % () Regular () Irregular

Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Não () Sim N° 12. SVD () Não () Sim N° 13. Outros: _____

Localização: 0' Horário: 15' T: 36' FC: 76 PA: 100/60 SPO2: 94 AUDRE-TE: 0/10 DOR: 0/10

4. Anotações (Admissão do Paciente): Paciente em boa estado de saúde, FC 76, SPO2 94%

Localização: 0' Horário: 15' T: 36' FC: 76 PA: 100/60 SPO2: 94 AUDRE-TE: 0/10 DOR: 0/10

Localização: 0' Horário: 15' T: 36' FC: 76 PA: 100/60 SPO2: 94 AUDRE-TE: 0/10 DOR: 0/10

5. Sinais Vitais: Saída da SO T: _____ °C R: _____ rpm PA: 117/73 mmHg SAT: 99 % FC: 75 bpm () Regular () Irregular

Localização: 0' Horário: 15' T: 36' FC: 76 PA: 100/60 SPO2: 94 AUDRE-TE: 0/10 DOR: 0/10

Localização: 0' Horário: 15' T: 36' FC: 76 PA: 100/60 SPO2: 94 AUDRE-TE: 0/10 DOR: 0/10

6. Sinais Vitais: Saída da SO T: _____ °C R: _____ rpm PA: 117/73 mmHg SAT: 99 % FC: 75 bpm () Regular () Irregular

Localização: 0' Horário: 15' T: 36' FC: 76 PA: 100/60 SPO2: 94 AUDRE-TE: 0/10 DOR: 0/10

Localização: 0' Horário: 15' T: 36' FC: 76 PA: 100/60 SPO2: 94 AUDRE-TE: 0/10 DOR: 0/10

7. Sinais Vitais: Saída da SO T: _____ °C R: _____ rpm PA: 117/73 mmHg SAT: 99 % FC: 75 bpm () Regular () Irregular

Localização: 0' Horário: 15' T: 36' FC: 76 PA: 100/60 SPO2: 94 AUDRE-TE: 0/10 DOR: 0/10

Localização: 0' Horário: 15' T: 36' FC: 76 PA: 100/60 SPO2: 94 AUDRE-TE: 0/10 DOR: 0/10

ESTÁDEU RIFICÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: Milda Ivone Trevisan
 Inaproveitável: Truque

INDICAÇÃO PARA ANESTESIA:
 PACIENTE CONFORME:

- ☒ Identificação
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
☒ Consentimento

TESTE CURT (CORTO)

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

TESTE DPM (RCATO)

☒ Sim ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
 CONCLUIR:

☒ COIMEN TO DE PULSO NO PACIENTE EM
 FUNCIONAMENTO

QUANTO CIENTE POSSUI:

☒ ALERGIA CONHECIDA
☐ Não ☐ Sim, Qual:

VIA ÁEREA DIGITAL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponível

☒ RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☐ Não ☐ Sim, e acesso intravenoso adequado e planejamento

Paciente: Alberth
 Residente Anestesiologista

CRT-R-2000

Assinatura

Hora: 05:59/19

Anestesiologista

SAÍDA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
 EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
 FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
 CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☐ Sítio cirúrgico
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:
 Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da
 operação e perda sanguínea prevista.

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
 Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
 Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e
 outros estão presentes e dentro da validade de
 esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
 questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
 preocupações.

A PROFIAXIA ANTIMICROBIANA FOI
 REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica
☒ Sim,
 Qual: Cefazolina 1g

Hora: 16:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim
☒ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
 OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM
 VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
 REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
 CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
 ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
 PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
 (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
 PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
 EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
 PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
 RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Milda Inacio Trausman</i>					
AGNOSTIC <i>fratura de colo femur (E)</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>28/09/19</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>3 ND</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				<i>manuten</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>SN</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>10-24/6/11</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>6/5 NT</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>SN NT</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>12-24/6/16</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SN</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>7 suspens</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rotina</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>curativo</i>
15	<i>Cefazolin 1g Ev 08/08h</i>				<i>22-6-14</i>
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Dr. Odinechi Okeke
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1851/PP

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Administrado medicamentos de horário com, exceto item (E) e (F), não foram disponibilizados pela farmácia, verificado SSUV - Tec. Murna

A66 (corredor)

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE **NILDO INACIO TREVSAN**

AGNÓSTICO **FX COLO FEMUR E**

ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____

IDADE _____ LEITO **66** DATA **25/09/2019**

ITEM _____ PRESCRIÇÃO _____ HORÁRIO _____

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFERICO

3 SF 0,9% 500ML EV S/N

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN

5

6 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR I

7 NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE

8 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

11 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H

12 CLEXANE 40MG SC 1X DIA

13

14

15

16 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

17 SSVV + CCGG 6/6 H

18 CURATIVO DIÁRIO

19

20

21

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	160x90	87	36
18 H			
24 H			

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 CRM-RR 2028
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

12h -> Pt. no corredor (maca), refere alguma este horário, medicado com item 4, item 10, não veio da farmácia, oferecido SSVV.

[Assinatura]
 Técnico em Enfermagem
 COREN-RR 903885-TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Nildo Inácio

Leito: 66

Data: 26/09/19

Localização			Região: <u>M.S.E</u> Grau: I () II (X)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		
Pele Perilesional	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		
Tipo de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Quantidade de Exsudato	() Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Solução de Limpeza	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Observações:	() 12/12 () Diário () 48/48h		

Juizena Gomes da Silva
 Auxiliar de Enfermagem
 RORAIMA
 CNEN-RR 625070
 RORAIMA
 CNEN-RR 625070
 RORAIMA
 CNEN-RR 625070



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	NILDO INACIO TREVSAN				
AGNÓSTICO	FX COLO FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	66	DATA	27/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
5					
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
13	<i>de fraca</i>				
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA: #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO : # CONDUTA : MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia	
12 H					
18 H					
24 H					

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Paciente:

Leito:

66

Data: 27/09/2019

Localização	 	Região: <u>ME</u> Grau: I () II ()	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Pele Perilesional	() Puro () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:	() Puro () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:	() Puro () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:	() Puro () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:
Tipo de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Quantidade de Exsudato	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h
Solução de Limpeza	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h
Cobertura primária	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h
Troca	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Renata Silva Rodrigues CORRENTE 415227-AE Salmir de Almeida Téc. em Enfermagem CORRENTE 107.795/TE	Adonilde Viana Araújo Téc. em Enfermagem CORRENTE 107.795/TE		
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Wildo Iracema Figueira 53 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 14 COM
DIAGNÓSTICO DE RX com fratura

NO DIA 25.09.19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteotomia de fêmur SENDO

OPERADO PELO DR. Rogério E DR. Alfonso

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 27.09.19 ÀS 12:00 FRA
BO ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 14 ÀS 12:00
DR. Rogério

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Rogério

BOA VISTA, 27.09.19

MÉDICO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

CPF: 294.514.422-00

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NILDO INACIO TREVISAN

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

NILDO INACIO TREVISAN : 294.514.422-00

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: 05/03/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

RONALDO DE SOUZA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

Número do Sinistro: 3200102434

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

CPF: 294.514.422-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/09/2019

Titular do CPF: NILDO INACIO TREVISAN

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

NILDO INACIO TREVISAN : 294.514.422-00

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: 06/03/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

RONALDO DE SOUZA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081593/20

Número do Sinistro: 3200102434

Vítima: NILDO INACIO TREVISAN

Data do acidente: 22/09/2019

CPF: 294.514.422-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NILDO INACIO TREVISAN

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

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

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: 26/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NILDO INACIO TREVISAN

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000070656-9

Nr. da Autenticação EA3E8A155C0A32B2