

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

Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200257456 **Vítima: FATIMA DA SILVA GOMES**

Data do Acidente: 23/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FATIMA DA SILVA GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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



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:

004-093-272-98 Fatinha da Silva Gomes

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

5 - Nome completo:

Fatinha da Silva Gomes

6 - CPF:

004-093-272-98

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

Av. Perola

9 - Número:

361

10 - Complemento:

CASA

11 - Nome:

Dra. Ailton Rocha

12 - Cidade:

BON VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69318-734

15 - Email:

monatasilva638@gmail.com

(95) 991144021

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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.000 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00CONTA CORRENTE (BANCOS) BENEFICIÁRIO INDENIZADO 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5076

8

CONTA: 20867

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Solteiro Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) União estável União estável com vínculo afetivo

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

nasceu(nascer)

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

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

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BON VISTA 14/07/20

Fatinha da Silva Gomes

Prainhoval Moura Gomes

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006448/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/02/2020 10:32 Data/Hora Fim: 12/02/2020 10:48
Origem: Data: 12/02/2020
Delegado da Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 23/02/2019 10:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Zona Rural

Logradouro: PRÓXIMO A PONTE DO MURUPÚ/BR 174

Tipo do Local: Área Rural

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

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FATIMA DA SILVA GOMES (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 19/11/1985	Idade: 34 anos
Naturalidade: RR - Normandia	Profissão: Do Lar	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Marlene da Silva Santos	Nome do Pai: Carlos Miguel Gomes		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 004.093.272-98

RG - Carteira de Identidade: 344041-9

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV PÉROLA

Bairro: DR AIRTON ROCHA/ LOTEAMENTO PÉROLA

Telefone: (95) 99166-3129 (Celular)

Nº: 361

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 686.835.452-53	Placa LNQ2590
Renavam 00770492975	Número do Motor 5220632
Número do Chassi 9BD17141322121335	Ano/Modelo Fabricação 2002/2001
Número da Carroceria 74664376	Cor CINZA
UF Véculo Roraima	Município Véculo Boa Vista
Marca/Modelo FIAT/PALIO ELX	Modelo FIAT/PALIO ELX
Véículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade

Delegado de Polícia Civil: Eric Silva Pereira
Impresso por: Rosana Jucara Vilaca Moreira
Data de Impressão: 12/02/2020 10:48



Página 1 de 2

PPA - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006448/2020

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 15/01/2014

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Fatima da Silva Gomes

Exibidor

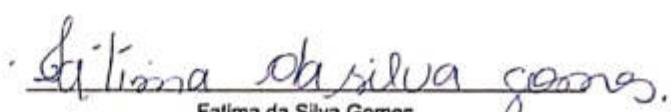
RELATO/HISTÓRICO

QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS ESTAVA DE CARONA NO VEÍCULO PLACA LNU2590, QUANDO, AO CHEGAR EM UMA CURVA, OUTRO VEÍCULO VINDO DE PACARAIMA COLIDIU NA LATERAL DO CARRO EM QUE A COMUNICANTE SE ENCONTRAVA; QUE NO ACIDENTE SOFREU FRATURA NO BRAÇO; QUE FICOU DESACORDADA E NÃO SABE INFORMAR DADOS DO OUTRO VEÍCULO; QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA-HGR; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS



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



Fatima da Silva Gomes
(Vítima / Comunicante)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 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:

004-093-272-98 Fatinha da Silva Gomes

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

5 - Nome completo:

Fatinha da Silva Gomes

6 - CPF:

004-093-272-98

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

Av. Perola

9 - Número:

361

10 - Complemento:

CASA

11 - Nome:

Dra. Ailton Rocha

12 - Cidade:

BON VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69318-734

15 - Email:

monatasilva638@gmail.com

(95) 991144021

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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.000 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00CONTA CORRENTE (BANCOS) BENEFICIÁRIO INDENIZADO 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 5076

CONTA: 20867

(Inserir o dígito se existir)

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

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

 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Solteiro Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) União estável União estável com vínculo afetivo25 - 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 (varascer): 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Bon Vista 14/07/20**Fatiminha da Silva Gomes**Prainhoval Moura Gomes*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

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: 30/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FATIMA DA SILVA GOMES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05076-8

CONTA: 000000020867-1

Nr. da Autenticação 3DB283B27AE8B4B4



Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0124894-4

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal | Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impressão autorizado pelo SEFAZ 388/13

Nº da Nota Fiscal 002478953
A Tarifa Branca de Energia Elétrica - TBEEL foi criada
pela Lei nº 10.435 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2019	16/04/2019	582	476,44

ALVINDO LAURINDO DE OLIVEIRA

AV PEROLA 361 DR. AIRTON ROCHA

CPF: 00058926990249

CEP: 69.318-734 - BOA VISTA

ROT: 15.001.23.12.093700

DADOS DA LEITURA	kWh	DATA DE LEITURA
Atual:	10369	08/03/2019
Anterior:	9787	06/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	08/04/2019
Consumo Medido:	582	07/03/2019
Consumo Faturado:	582	Enviado: 08/03/2019
	FCAM	Aprovação:

NORMAL 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posse	Código Fal.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	13TDT02514K	1405143	1.1.1.2	209

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
FEV/19	CONSUMO 582 A R\$ 0,774280 = 450,63
JAN/19	ILUMINACAO PUBLICA 25,81
DEZ/18	
NOV/18	
OUT/18	
SET/18	
AGO/18	
JUL/18	
JUN/18	
MAI/18	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 582 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	
01/2019	179,14	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/03/2019, em função das contas reavaliadas nessa fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informações ainda existir(em) contas(vencidas)e ja reavaliadas) no valor de R\$ 2.025,15 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26 SE VOCÊ RECEBE O BOLSA FAMILIA, VOCÊ TEM DIREITO A DESCONTO NA TARIFA DE ENERGIA, FAÇA O CADASTRO EM NOSSO POSTO DE ATENDIMENTO, MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE PARA 0800 7019 120.		

RESERVADO AO FISCO F284.817D.C352.7CC9.85D4.E1F2.F195.92D3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	114,33	Base de Cálculo:	450,63
Energia:	242,45	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	76,60
Encargos:	12,59	Valor do PIS:	0,81
Tributos:	81,26	Valor do COFINS:	3,85

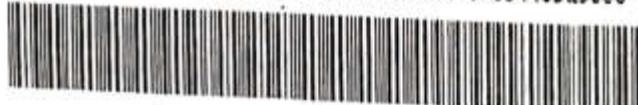
INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
2,60			9,00			0,57

DISTRITO 01/2019 62,99
ROT: 15.001.23.12.093700

Eletrobras	SEU CÓDIGO 0124894-4	TOTAL A PAGAR - R\$ 476,44
Distribuição Roraima	MÊS FATURADO 03/2019	VENCIMENTO 16/04/2019
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: 002478953	FCAM

8362000004 7 76440075000 7 00000000124 8 89440319008 1



MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO MONATO SILVA
 RUA 05, NUM. 00121
 CIDADE SATELITE
 NOA VISTA KM 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETRO A10F190348	VOL. FATURADO 10	DESCRIÇÃO REAL	Nº DA CONTA 15437802
MÉS/ANO 06/2019	DT. LEITURA ANT. 04/07/2019	DT. LEITURA ATUAL 04/07/2019	DIAS DE CONSUMO 28	LEITURA ANT. 1839	LEITURA ATUAL 1839
MÉS/ANO 06/2019	MÊS/ANO 0	MÊS/ANO 03/2019	CONS. 04/2019	MÊS/ANO 0	MÊS/ANO 02/2019

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO: 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE	05/2019	0,85
O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.		TOTAL A PAGAR 43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL N° 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas		-	-	-	-
Análises	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201609 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



INSCRIÇÃO 001.031.031.0130.000	MÊS/ANO 07/2019	GRUPO 17	TOTAL A PAGAR 43,74	ROTA 05.1970
-----------------------------------	--------------------	-------------	------------------------	-----------------

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



23/02/2019

Guia de Atendimento 17

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria da Saúde
Hospital Geral do Pará - PGH / PSH I
Av. Brigadier Eduardo Gomes, 3368

50.30

1^ª Classificação Profissional:
Vermelho
Laranja
Amarillo
Verde
Azul. Azul.

Classificação:
Vermelho
Laranja
Amarillo
Verde
Azul. Azul.

Classificação:
Vermelho
Laranja
Amarillo
Verde
Azul. Azul.

23/02/2019 11:09:56

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	
FATIMA DA SILVA GOMES		19/11/1985	33 A 3 M 4 D	703406297753100	60409327298	
Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	
IDENTIDADE 3440419	SSP/RR	27/07/2011	F	UNIAO ESTAVEL	NORMANDIA - RR BRASILEIRA	
Mãe					Caracter	
MARLENE DA SILVA SANTOS				CARLOS MICUEL COMES	(95) 99120-7153	
Endereço	AVENIDA - PEROLA - 361 - PEROLA - BOA VISTA - RR					CEP

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Observações
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Teto	Hora
ACIDENTE DE CARRO	URGÊNCIA		Pronto-momento São		
Sector	Hora de Chegada				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				

Quaisix Principal: Síndrome Febril Sintomatismo Respiratório Suspeita de Dengue

Acidente de carro. Ø Alergias

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO 01/02/2019 12:30 MPV 23456789123

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
Paciente vítima de acidente automobilístico, trazida pelo SAMU, com evidência de rebaixamento no nível de consciência, dor em braço D, abdome, clavicular e tórax. Foi informado "uma dor de leve".

Exame Físico
REG: Asonolenta, Glasgow 13, respiração em TA, sat 96%, PR: 110bpm, bilhetes 31 RA, A/C: RCP, 21, BNP, 70bpm. TSD: Semelobosa, flácido, doloroso à palpação, sem sinais de peritonite no momento do exame. FAST não realizado na sala de emergência por aparelho não funcional (USG). TC - apresentando hemotorax.

Politrauma + TCE moderado + Trauma abdominal contuso

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRASON TC SANGUE URINA FEC OUTROS

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Diprone 2g EV 10:40		
2) Nalbutriptilina 1ml + AD 9ml - fazer 5ml EV 10:40		
3) solicitar avaliação da cirurgia geral		
3) Morfina 1ml + AD 9ml - fazer 3ml EV agente		
5) Soltar ambulatório do Neurocirurgião. (17:30)	17:30	

01:00 Diprone 2g 01:45

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revisão
- Transferência para:

Obito

Antes do 1^º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IMI: Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ozires.prado
Data Hora: 23/02/2019 11:09:56



13:53h Pediatri Utensil hemodinamico cont,
Urgencias, hem da cervical, apre da no
Braco. Acometido., suspenso, ECG = SS
ABD: RHT+¹, ~~disolto~~, sem sinais de irritação
Peritoneal. Fx+ ECG 3Δ der edema,
RX = Fratura úmero

PA = 120 x 70 mmHg FC = 80 BPM FR = 18 BPM

CO: a ortopedia
Aguarda TC

Dr. Luis
Cirurgião

Vol Dr Vitor Parocat
pt victim do accident traseiro
1) pt evidencial Fx úmero 5
2) ASN punhal



S. mobilizar (poco confortável - gen) + encantito no Habs
Reborn ao GR (1) demas comulca

- NCE 23.02.13 -
paciente em fase de evolução do caso com dor visando tratamento
(caso)

- ex glenou 15, o.tic seu ófice necessidades muito recente

- TOCâmbio: normal

- TO coluna vertebral cervical e lombosacra: normais

- Rx: polifusina
centro pectorais (esternum & costelas)

- 1. Descrever NCE (1fa das neurofisiologias)

2. Reporte centro de neurofisiologia, suspeita

3. Retirar paciente Rigid

Dr. Fabrício P. de Almeida

Neurocirurgião

CRM-RR 1407

CNS 20154961375000-2

13/5/11 Pediatrik Ultraf. lenodikrom. lant,
Urgesue, hem der Cervical, reflex der re.
Brach. Alveolodok., us parvular, ECG: 15
ABD-RHD+, ~~diabetis~~, hem sinus de urinatoare
Pentru. GPT + ECG 3δ der edema,
RX: Fractura umar

PA = 120 x 70 m -> FC = 80 BE - FR: 11 iRC -
CO: 2 ortopedia
Aguada TC

Not Dr. Vito Corvo

~~et cetera do arredor~~ **pronto**

3. for personal fix number 6

it was published.

L. mordax (poor confidence year) + growth in HCV
Reform as 65% of others contribute 16

- see 22.2.17 - arrangements to cover our long standing problems
present in West Germany in other countries

— *gymnos. 15. 2. 7.* an old tree which was probably

- **rospini**: **visceral**
- **the young** **nestling** **canary**? **hatching**; **nestlings**

- the following measures (fixing & sealing)

—odd blue accents, etc (also 2nd necklace has)
 —recognition, surprise, etc

2. before seeing a notary, keep
3. writing such as Right

3. Retina para la Reproducción

Dr. Patrício P. de Almeida
Neurocientista
CRM-PR 6001
OAB 21124-000-3 / 21124-000-2



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA

REG: 846/2019	IDADE: 35 ANOS
NOME: FÁTIMA DA SILVA GOMES	SEXO: FEM
EXAME: USG. ABDÔMEN TOTAL	
PROCED.: GT/ VERMELHA	MÉDICO SOLIC.: DRA LIANA LA ROSA

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO

FÍGADO: Em topografia habitual. Forma, volume, contornos e ecotextura parenquimatosa, normais. Ramos portais e veias supra-hepáticas normais. Sistema canalicular biliar intra-órgão de calibre e trajeto normais.

Ausência de sinais de tumor cístico, sólido ou imagem sugestiva de Hematoma.

VESÍCULA BILIAR: Normodistendida. Paredes normais, conteúdo isoecogênico. Colédoco de aspecto e calibre normal.

PÂNCREAS: Forma, volume, contornos e ecotextura normais.

BAÇO: Forma, volume, contornos e ecotextura parenquimatosa normal. Cápsula íntegra.

RINS: Topografias habituais. Formas, volumes, contornos, ecotexturas parenquimatosas e coletoras normais. Relações córtico-medulares normais e mantidas. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsulas preservadas.

VCI E AORTA: Trajetos e calibres e normais.

PERICÁRDIO: Não apresentando líquido.

SEIOS COSTO-DIAFRAGMÁTICOS: Integros. Ausência de líquido nos seus diferentes níveis.

ESPAÇOS DE MORRISONS: Livres.

BEXIGA: Paredes e conteúdo normal.

FUNDO DE SACO POSTERIOR: Ausência de líquido.

OBS.: No momento deste exame, não se evidenciou líquido livre, nem coleção definida em cavidade abdominal.

ID: Órgãos examinados sem alterações ecográficas.
Quadro clínico sem tradução ecográfica.

NÃO HÁ FILME PARA REGISTRO DE IMAGENS

Boa Vista/RR, 24/2/2019 12:45

Dr. Gregório Enrique
CRM-498/RR. TEGO 356. RQE 383



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes n.º 3308 / Bairro Aeroporto
CEP: 69360-000/Boa Vista-RR
Tel: (95)2121-0620





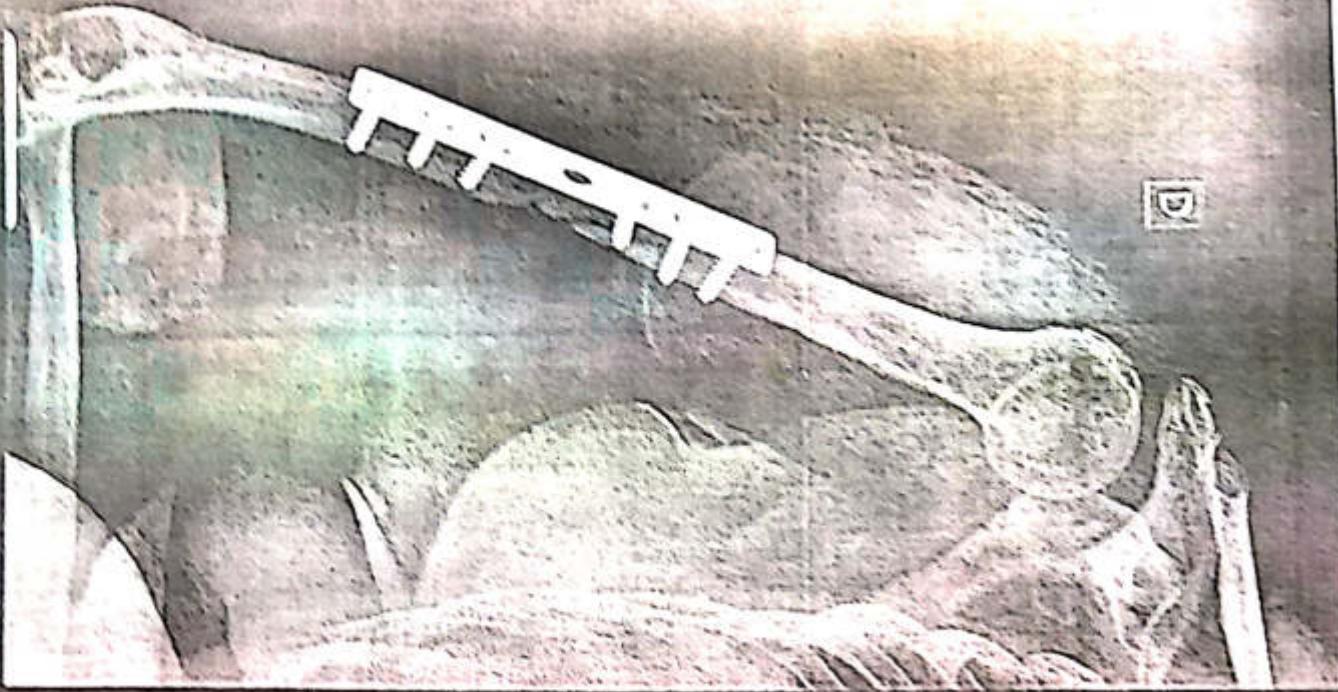
Digitalizado com Cam

D

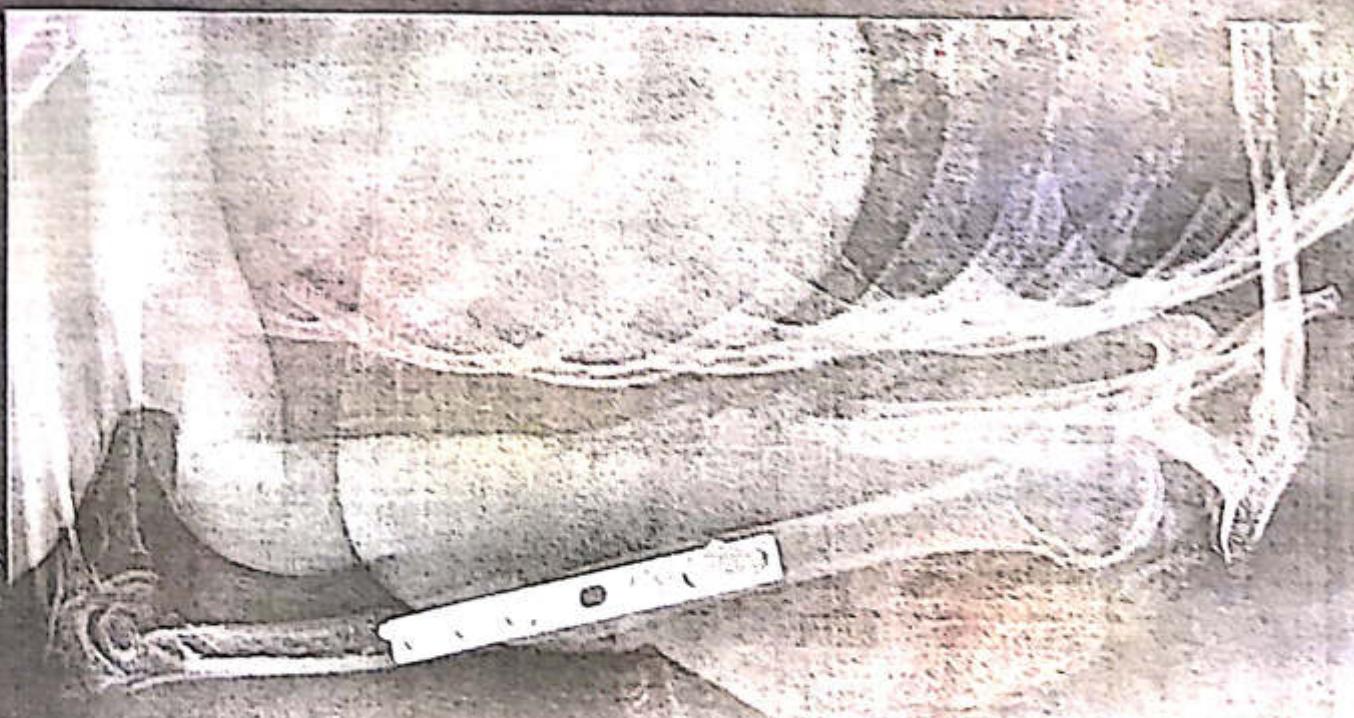
FATIMA DA SILVA GOMES,
HOSPITAL GERAL DE PORATMA

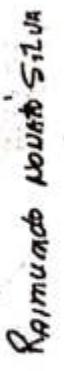
23/2/2019 11:56:07

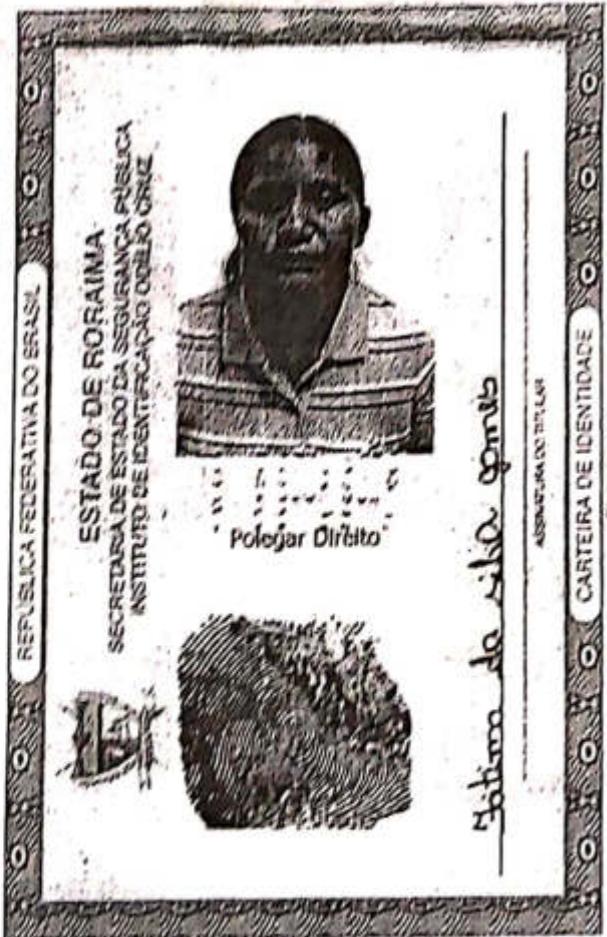
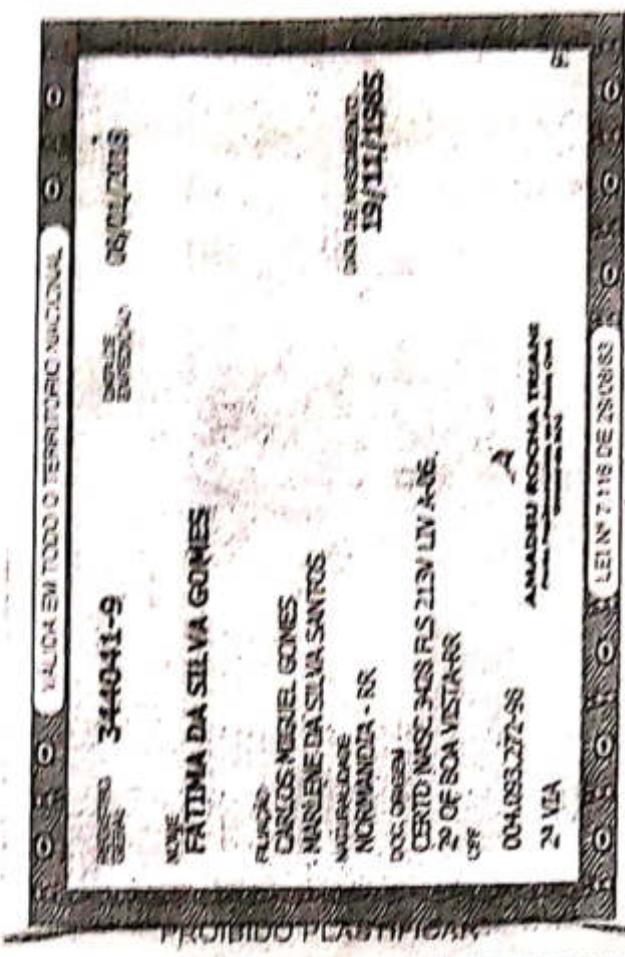
122252
FATIMA DA SILVA GOMES
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PIRES
28/03/2019



49221
19/11/1985
TR SILVA KASLUMARA
Femina



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA		DATA DE EMISSÃO	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA		28/01/2016	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ			
 Ramonando Nohato Silva		ASSINATURA DO TITULAR	
 Polgar Direito		 Amadeu Bocha Tramontina	
 LE Nº 7.116 DE 25/02/03		P7	
REGISTRO GERAL 357035-5		NOME: RAMONANDO NOHATO SILVA	
FILIAÇÃO		NATUREZA: VANGELINA PEREIRA SILVA	
VARGEM GRANDE - MA		NATAL: VARGEM GRANDE - MA	
DOC. CEGEPEX CERT. MASC 2560 FLS 2 LIV A 43		DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1968	
VARGEM GRANDE-MA		ORF: 475.628.463-91	
3 VIA		CARTERA DE IDENTIDADE	



Consulta de Veículos na Base Local

Consulta Local por Placa: LNO2590

Bilhete: 1-EM CIRCULACAO

DADOS DO VEÍCULO

Placa: LNO2590 Chassi: 9BD17141322121335 Renavam: 00770492978 Itinerário(S/N): N
 Município: 00301-BOA VISTA Marca/Mod: 152420-FIAT/PALIO ELX
 Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 06-AUTOMÓVEL Espécie: 01-PASSAGEIRO
 Categoria: 01-PARTICULAR - Combustível: 02-GASOLINA Ano Mod/Fab: 2002 / 2001
 Cor: 05-CINZA Cpf Passag: 005 Potência: 070 Cilindradas: 0000
 Carroceria: 999-NAO APLIC. Nº Motor: 6220032 Nº Cambio: L7CDO14205
 Faixa Seguro: 01 Deficiente Físico: Belo Idoso:
 Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 03/04/2014 Taxí: NAO
 Ano Último CRLV Emitido: 2016 Ano Último Licenciamento: 2016 - Autorizado em 13/12/2017
 Observações: CSV 13042482-08/2014 N ALT 110MM
 Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO
 Número do Lacre: 0016908201RR

Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: JEFERSON PEREIRA DA COSTA CPF/CNPJ: 688.835.452-03
 Endereço: RUA MANOEL FELIPE Nº: 998 Bairro: ASA BRANCA
 Complemento: NUM Cidade: BOA VISTA Cep: 60312288
 Data Aquisição 0km: // Valor 0km: 0,00
 Data Transferência: 01/09/2010 Valor: 14500,00 Nº Doc. Aquisição:

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: EDMAR PEREIRA DA SILVA CPF/CNPJ: 019.872.242-72
 Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 16/04/2014 Nº CRV: ***** Data CRLV: 11/04/2017 Nº CRLV: 011885226670

IMPORTAÇÃO

Mostrar

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202674/20

Vítima: FATIMA DA SILVA GOMES

CPF: 004.093.272-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2019

Titular do CPF: FATIMA DA SILVA GOMES

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

FATIMA DA SILVA GOMES : 004.093.272-98

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: 20/07/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200257456 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FATIMA DA SILVA GOMES Data do acidente: 23/02/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO
TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA O ÚMERO (P.7)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA AS DEMAIS LESÕES
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200257456 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FATIMA DA SILVA GOMES Data do acidente: 23/02/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO
TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA O ÚMERO (P.7)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA AS DEMAIS LESÕES
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORANTE:

NOME: Jatima da Silva Gomes
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO:
RG: 344041-9 CPF: 004.093.272-98 ENDEREÇO: RUA/AV,
Av. Perola Nº 361
BAIRRO: Dpto AIRTON Rocha CIDADE: Boa Vista /RR
CEP 69.318.334

VÍTIMA: Jatima da Silva Gomes
CPF: 004.093.272-98 DATA DO ACIDENTE: 23/02/19
NATUREZA: () DAMS () INVALIDEZ () MORTE

OUTORADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Recepcionista
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transligir, 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 de 12/02 de 2020

Jatima da Silva Gomes
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202674/20

Vítima: FATIMA DA SILVA GOMES

CPF: 004.093.272-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2019

Titular do CPF: FATIMA DA SILVA GOMES

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

FATIMA DA SILVA GOMES : 004.093.272-98

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: 20/07/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO