



RORAIMA
ENERGIA
S.A.
Av. Capitão Ezequiel 1.091 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.473/0001-42 - Fone: (65) 3221-2121
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 01
Resumo Imposto de Importação autorizado pelo MCTI 0001

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este número:

SEU CÓDIGO
0055243-7

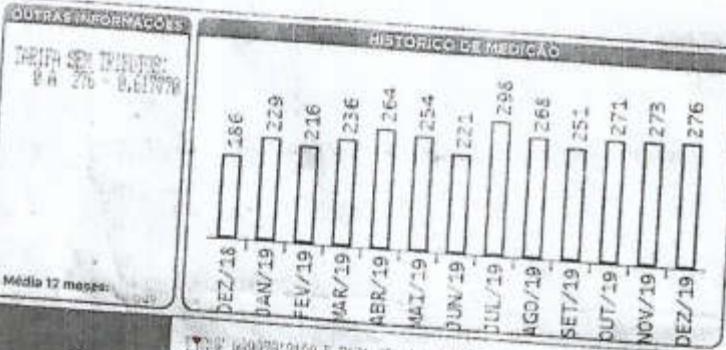
Nº da Nota Fiscal: 4772128

07/2019 - Roraima Energia Elétrica - Fornecedora
Periodo: 26 de abril de 2019 - 26 de abril de 2019 - FCAN*

CONTA MÊS	VENIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	06/01/2020	276	235,02
		CPF: 00067242120225	
ANA MARIA VIDAL R. MAESTRO DIRSON COSTA 552 CEP: 69.313-708 - BOA VISTA		JARDIM CARANA	

DADOS DA LEITURA (KWH)		DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	276	Atual:	276	Grupo/Subgrupo:	1.3.1.2
Anterior:	276	Anterior:	276	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	30	Próxima Leitura:	01/01/2020	Endereço:	BLT 001/04
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	19/12/2019	Número Medidor:	1400802662
Consumo medida:	276	Aproximação:	28/12/2019	Forma de Faturamento:	ANUAL
Consumo Faturado:	276			Modelo:	1512508

CONSUMO	DESCRÍPCAO DA CONTA	
ILUMINACAO PÚBLICA	276 A R\$ 0,760131 = 209,79	25,23



Este boleto 00067242128 é para o dia vencimento 16/11/2019.
Fora desse dia o valor é de R\$ 19,42/20,50, sem considerar as faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO - ABAT. 0076. AE3E. PCAA. 2045. 6698. 1439. 039F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	114,00	Encargos:	6,40
Distribuição:	44,47	Tributos:	29,00
Transmissão:	0,00		

Base de Cálculo: (R\$)	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:	17,00%	19,40
PIS:	0,00%	0,00
COFINS:	1,00%	2,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Límite	DIC			RIC			DXIC			DICI		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Límite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	9,98	19,96	0,00	0,00	0,00
Parámetro	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Conjunto	EL BRESCIA			Periodo de geração:	10/2019	EUSD:	88,91					



NORRIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Gómez, 691 - Centro - Bento Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 34.007.022-3
Natureza / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 300/1

Para contatar com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO:

SEU CÓDIGO
0126055-3

4700695

CONTA MÊS FEVEREIRO/2020	VENCIMENTO 26/03/2020	CONSUMO (kWh) 277	TOTAL A PAGAR (R\$) 254,75
RAQUEL DELL EUGENIO AV BENTO BRASIL 248 - CENTRO CEP 58030-000 - MARINGÁ - PR		CPF: 00005763937899	

DADOS DA LEITURA (kWh)	DATOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual:	21266	Atual: 26/02/2020
Anterior:	20365	Anterior: 29/01/2020
Dias de consumo:	28	Próxima leitura: 25/03/2020
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão: 21/02/2020
Consumo médio:	277	Apresentação: 26/02/2020
Consumo Faturado:	277	
		Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1.2
		Classe/Subclasses: RESIDENCIAL
		Ligaçao: BIFASICA
		Número Medidor: 14TB0000002
		Forma de Faturamento: NORMAL
		Modalidade: N 1624500

DESCRIÇÃO DA CONTA			
CONSUMO	277 A R\$ 0,765725 =	212,10	
CORRECAO MONETARIA DA	11/19-00	0,33	
CORRECAO MONETARIA IG	11/19-00	6,03	
MULTA POR ATRASO DE I	11/19-00	1,53	
JUROS DE MORA POR ATR	11/19-00	0,35	
MULTA POR ATRASO 11/19-00		5,48	
JUROS DE MORA DE IMPO	11/19-00	3,83	
ILUMINACAO PUBLICA		25,10	



MENSAGENS
IMPORTANTES

**REAVISO DE
VENCIMENTO**

REAVISQ. DE 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

Informamos existir(em) débito(s) vencido(s) no valor de R\$ 0000000049,24 (seu acrescimos legais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Koruma Enerve com o(s) comprovante(s) de pagamento.

Mes/Fno Valor R.
12/2019 419,24

LIGUE 00007819120 E PRAIA (PRAO) VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

BRUNSWICK AG 7000 - BAAB-1101-B965-6100-100-FFFF-3148-8203

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$				
Energia:	114,58	Encargos:	6,48	Base de Cálculo:		
Otimização:	58,15	Tributos:	48,97	ICMS:	17,84	36,65
Transmissão:	0,88		212,18	PIS:	0,41%	0,67
				COFINS:	1,91%	4,05

INDICADORES DE CONTINUIDADE										
	IAC			IAC			DNC		DNC	
	Ativ.	Reserv.	Ativaç.	Ativ.	Reserv.	Ativaç.	Motivaç.	Motivaç.	Motivaç.	
Límite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54			
Percebido	4,90			3,00			3,37			
Objetivo	CENTRO			Período de apuração:		12/2019	USO:		99,46	

RÖT: 12.201.02.11.603050



SUO CÓDIGO
0126055-3

TOTAL A PAGAR - RS

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Constituição, 687 - Centro - São Vito - RR
CNPJ: 05.341.470/0001-46
Insc. Estadual: 24.007.022-3

MES FATURADO

VENCIMENTO

Nº da Nota Fiscal: 4700695

FCAM*

83670000002 6 54750075000 5 00000000126 3 05530220008 8

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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu TELVIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 ,93, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

AMANDA KÁSSIA BARRETO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.956.622 ,08,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima AMANDA KÁSSIA BARRETO GOMES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.956.622 ,08, 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>		
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>
E-mail:	<u>CONFIANCACAST@HOTMAIL.COM</u>		

Local e Data: BOA VISTA - RR, 02 DE ABRIL DE 2020

Telvnia D. Guedes

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 ^a Classificação	Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Azul Ass.				

2001213568	26/01/2020 13:17:47	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	15
Paciente AMANDA KASSIA BARRETO GOMES		Data Nascimento 02/08/1994	Idade 25 A 5 M 24 D	CNS 701408647823434	CPF 02395662208	Prontuário 00169864	
Tipo Doc Documento IDENTIDADE 3474780		Órgão Emissor SSPRR	Data Emissão F	Estado Civil SOLTEIRO(A)PARDA	Raça/Cor BOA VISTA - RR	Naturalidade BRASILEIRA	Nacionalidade
Mãe JOICE KELLY AMERICO BARRETO		Pai			Contato (95) 99147-1397	Ocupação DO LAR	Endereço RUA - VEREADOR WALDEMAR GOMES - 859 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.	Registrado por: ADAO		
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA <u>13:17</u> h)							
Exame Físico		<u>Colisão moto x carro</u> <u>Trauma contuso de mao e</u> <u>ontelosco go</u> <u>+</u> .					
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares		<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC + <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
<u>D limpar</u> <u>D apertos 2g EV > 11.06</u> <u>D Tropile 100 mg EV</u> <u>D TRAMADOL - 100 + SF 100ml 1651</u>							
Conduta		 <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revenda <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <u>ortopedia</u>					
Óbito		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :					
Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não)		Destino: (<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :)					

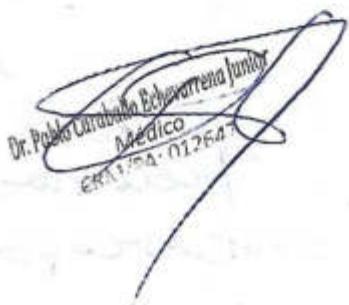
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



At/past
Rec/Pm for e

Pm h E
fol. ct^o Rx
+ pet gro



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 ^a Classificação	Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Azul Ass.				

2001213568	26/01/2020 13:17:47	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	15
Paciente AMANDA KASSIA BARRETO GOMES		Data Nascimento 02/08/1994	Idade 25 A 5 M 24 D	CNS 701408647823434	CPF 02395662208	Prontuário 00169864	
Tipo Doc Documento IDENTIDADE 3474780		Órgão Emissor SSPRR	Data Emissão F	Estado Civil SOLTEIRO(A)PARDA	Raça/Cor BOA VISTA - RR	Naturalidade NACIONAL	
Mãe JOICE KELLY AMERICO BARRETO		Pai ARTESON DA ROCHA GOMES		Contato (95) 99147-1397		Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA - VEREADOR WALDEMAR GOMES - 859 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR						Ocupação DO LAR	
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por: ADAO		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA <u>13:17</u> h)							
Exame Físico	<u>Colisão moto x carro</u> <u>Trauma contuso de mao e</u> <u>ontelosco go</u> <u>+</u> .						
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC + <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PREScrição				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
<u>D limpar</u> <u>O apertos 20 ev > 11.06</u> <u>O Tlofil 100 ev > 11.06</u> <u>O TRAMADOL - 100 + SF 100ml 1651</u>							
Conduta	 <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revenda <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <u>ortopedia</u>						
Óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não)	Destino: (<input type="checkbox"/> Família)	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :					

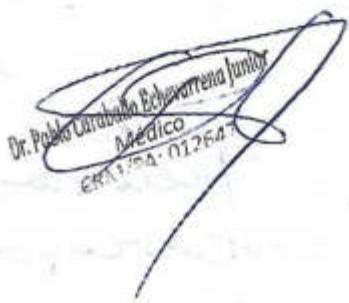
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



At/past
Rec/Pm for e

Pm h E
fol. ct^o Rx
+ pet gro





GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME:

NOME: Carlos Magno

O paciente, Andre Kamei B. Gomes, c/tnr. de acidente
do mês (26/01/2020) c/ traumas diretos no peroléto
c/ fratura 1/3 distal do osso do estileto (E) c/ fratura
distal tratada. Operador: AJNH + gen. - int. ombro
Oms consolidadas e sem dor. Teve alto
depois de 4 meses do acidente (28/05/2020)
dolor intenso c/ sensação de frio local nos ossos
os quais: deformados peroléto c/ densas nódulos E
sentimento p/ero intenso ponto
tentacões de mover o membro provocando dor c/ dor
sobretudo qd move qd não move E
Hn. Squeleto c/ fratura de Ponteira (int. ombro d. lado)
p/olar impossibilitado p/ero intenso qd dor intensa
repetitiva c/ dor intenso permanente por 1MSF

DATA: 10/06/2020

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Teive nº 6459 – Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 – Boa Vista – Roraima - Brasil
(0xx95) 98404-9631

Nova Canaã
a - Brasil

L

HOSPITAL CORONEL MOTTA

AMANDA KASSIA BARRETO

19/02/2020

2039

Fabiole Castro

72.0 %



AMANDA KASSIA BARRETO

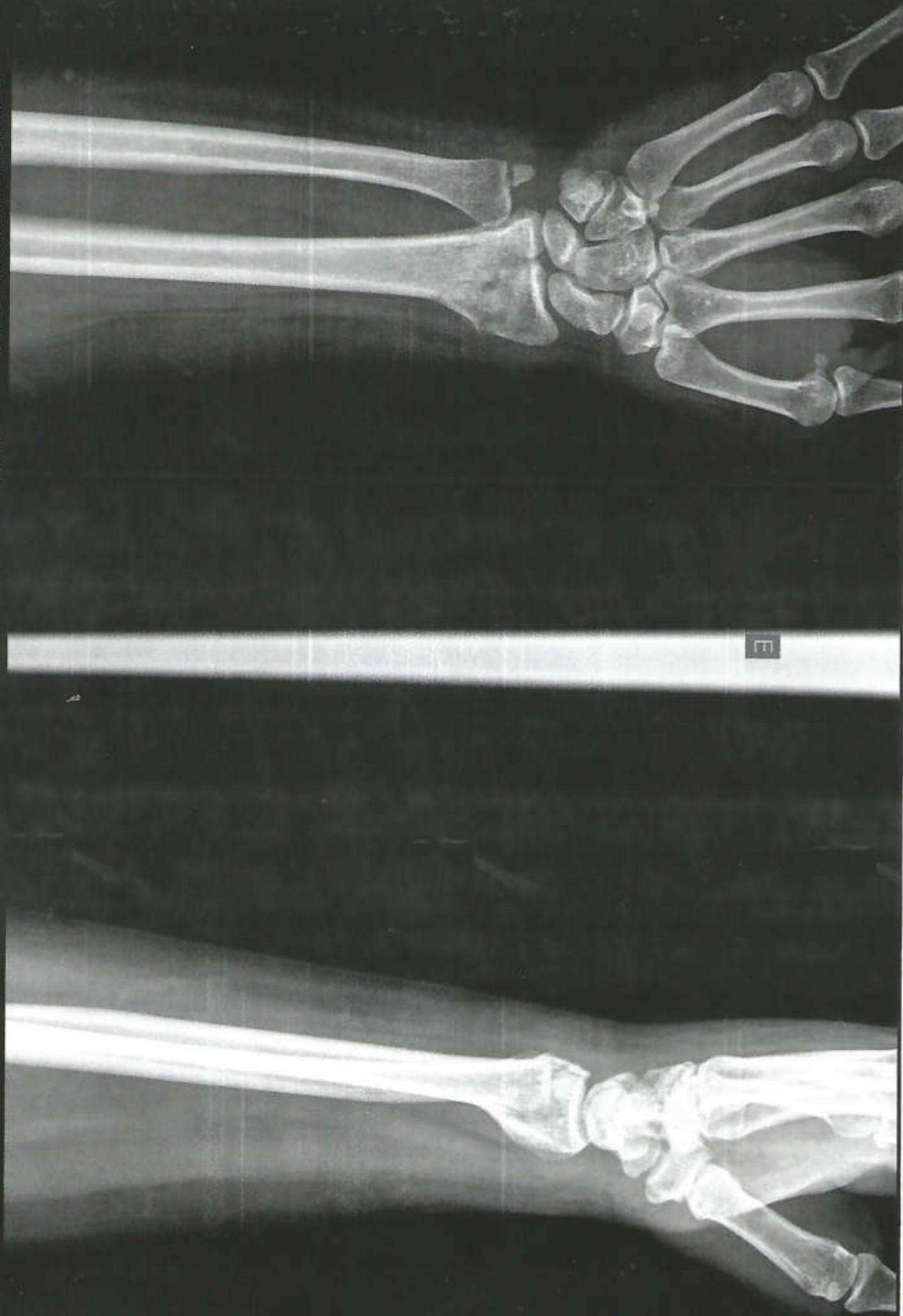
HOSPITAL CORONEL MOTA

3122

18/03/2020

Francineide

89,1 %





Polegar Direito



Almeida Guedes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERALDATA DE
EXPEDIÇÃO

30/01/2017

TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE

SANTARÉM - PA

DATA DE NASCIMENTO

18/11/1970

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91 AMADEU ROCHA TRIANI

Partido Progressista da Policia Civil

Divisão de Roraima

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200343123

Data da solicitação: 15/06/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: AMANDA KASSIA BARRETO GOMES

CPF do beneficiário: 023.956.622-08

Nome do solicitante: TÉLVIA SANTIAGO GUEDES

CPF do solicitante: 739.248.066-91

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 88118-1200

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: CONFIANCACST@HOTMAIL.COM

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

NÃO

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

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: Ráio X

(DESCREVER)

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

CAROS ANALISTAS:

DIANTE DA NEGATIVA DE VOCES, VENHO APRESENTAR NOVO LAUDO MÉDICO APRESENTADO PELA VÍTIMA AMANDA KASSIA, JUNTO COM OS RÁIO X, ONDE COSTA QUE A MESMA TEM DEBILIDADE, DE ACORDO COM O MÉDICO CIRURGIÃO ORTOPEDISTA, DR. CARLOS GUERRA CRM-RR 589.

AGUARDO REANÁLISE. *Télvia Guedes*

BOA VISTA - RR, 15 DE JUNHO DE 2020.

Local e Data

Télvia Guedes (PROCURADORA)

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171150/20

Vítima: AMANDA KASSIA BARRETO GOMES

CPF: 023.956.622-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: AMANDA KASSIA BARRETO GOMES

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

AMANDA KASSIA BARRETO GOMES : 023.956.622-08

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: 19/06/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVIA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200220998 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMANDA KASSIA BARRETO GOMES **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO E URNA ESQUERDA (FRATURA DE BARTON).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG 1/3/4
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 3
CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 10/06/2020, EMITIDO PELO DR. EDUARDO DE C. GUERRA, CRM No. 589-RR.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: AMANDA KÁSSIA BARRETO GOMES brasileira, solteira ,garçonete, portador (a) do RG nº 347478-0 SSP/RR e inscrito no CPF: 023.956.622-08, residente na Rua Maestro Dirson Costa , Nº 552, Bairro: Jardim Caranã CEP: 69.-313-708, Boa Vista - RR nesta Capital. Tel.: (95) 99147-4713

VITIMA: AMANDA KÁSSIA BARRETO GOMES, CPF: 023.956.622-08, DATA DO SINISTRO:26/01/2020

NATUREZA DPVAT

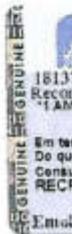
Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 5245559 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91, Brasileira, Casada, Empresária, Situada na AV: Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP: 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.

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

Boa Vista-RR,06 DE FEVEREIRO DE 2020.



Amanda Kássia Barreto Gomes
AMANDA KÁSSIA BARRETO GOMES



DANIEL
AQUINO
181372-5e44159923bf1f
Reconheço por VERDADEIRA(s) firma(s)
*AMANDA KÁSSIA BARRETO GOMES

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Fachada e Registradura
Av. Ataíde Teixeira, 4307 - Av. Diamantina, 1000
Boa Vista, RR, 69000-000
Telefone: (95) 98118-1200

181372
Cartório Boa Vista do Sul
Receituário Autorizada

Em testamento da verdade, L.F.S.
Do que deu falecido Boa Vista/RR, 12 de fevereiro de 2020.
Consulte o(s) seu(s) abogado em cidades portalzelon.com.br
RECFCIR150295YQ8X5ZTQW8CMMDM51 /

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: AMANDA KÁSSIA BARRETO GOMES brasileira, solteira ,garçonete, portador (a) do RG nº 347478-0 SSP/RR e inscrito no CPF: 023.956.622-08, residente na Rua Maestro Dirson Costa , N° 552, Bairro: Jardim Caranã CEP: 69.-313-708, Boa Vista - RR nesta Capital. Tel.: (95) 99147-4713

VITIMA: AMANDA KÁSSIA BARRETO GOMES, CPF: 023.956.622-08, DATA DO SINISTRO: 26/01/2020

NATUREZA DPVAT

**Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 5245559 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91,
Brasileira, Casada, Empresária, Situada na AV: Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR,
CEP: 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.**

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

Boa Vista-RR, 06 DE FEVEREIRO DE 2020.

Amanda Kássia Barreto Gomes
AMANDA KÁSSIA BARRETO GOMES



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0111541/20

Vítima: AMANDA KASSIA BARRETO GOMES

CPF: 023.956.622-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: AMANDA KASSIA
BARRETO GOMES

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

AMANDA KASSIA BARRETO GOMES : 023.956.622-08

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: 08/04/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVIA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171150/20

Vítima: AMANDA KASSIA BARRETO GOMES

CPF: 023.956.622-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: AMANDA KASSIA
BARRETO GOMES

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

AMANDA KASSIA BARRETO GOMES : 023.956.622-08

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: 19/06/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVIA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200220998

Vítima: AMANDA KASSIA BARRETO GOMES

Data do Acidente: 26/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMANDA KASSIA BARRETO GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200220998 Vítima: **AMANDA KASSIA BARRETO GOMES**

Data do Acidente: 26/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AMANDA KASSIA BARRETO GOMES

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **AMANDA KASSIA BARRETO GOMES**

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000014036-3

Tipo: **CONTA POUPANCA**

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2-Nº do sinistro ou ASL:

3-CPF da vítima:

023.956.622-08

4- Nome completo da vítima:

AMANDA CASSIA BARRETO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP SP-495/2012

5- Nome completo:

AMANDA CASSIA BARRETO GOMES

6- CPF:

023.956.622-08

7- Profissão:

GARCONETE

8- Endereço:

R. MAESTRO DIRSON COSTA

9- Número:

552

10- Complemento:

11- Bairro:

JARDIM CARANA

12- Cidade:

BOA VISTA

13- Estado:

RR

14- CEP:

69.313-708

15- E-mail:

CONFIANCA.CST@HOTMAIL.COM

16- Tel.(DDO):

(051)92118-3200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENSAL 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 CONCEPÇÃO:

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

21- DADOS BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POLIGRÁFICA (somente para os bancos abaixo, pede-se uma opção) Bradesco (257) Itaú (310) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA: 3906

(Inserir o dígito de verificação)

CONT: 14036

(Inserir o dígito de verificação)

 CONTA CORRENTE (dados de banco)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Inserir o dígito de verificação)

CONTA: _____

(Inserir o dígito de verificação)

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 VÍTIMA DE LAUDIO 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 descreva 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- Estado:

civil da vítima:

25- Grau de Parentesco com a vítima:

26- Vítima deixou comparsa(s):

 Sim Não

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

28- Vítima:

 Sim Não

Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30- Vítimadeixou

 Sim

necrose(s) fáctica(s)?

 Não

31- Vítima

 Sim

teve imóveis?

 Não

32- Se tinha imóveis, informar

Vivos:

Falecidos:

33- Vítima deixou

 Sim

passatéis vivos?

 Não

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

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não eletrônico

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- 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39- 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40- Local e Data: BOA VISTA-RR, 02 DE ABRIL DE 2020

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43- Assinatura do Procurador (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.001 V002/2019



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA CAPITAL
2º BATALHÃO DE PÓLICIA MILITAR
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"**

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL (ROP)

ROP nº 3713	Data 26/01/2020	Tipo OUTROS	Und Op 2BPM	DP 4DP
H/Trans 13:05:00	H/Ini 13:05:00	H/Cheg 13:12:00	H/Fim 14:40:00	VTR 005
KM Inicial 19985	KM Fim 19992			
Cód Oc. - 1001 - 1003	Cód Prov. - 13006 - 13023 - 13999		Cód. Ser. Prest. -	
Local da Ocorrência RUA: AV. GAL ATAIDE TEIVE COM A AV. DOS GARIMPEIROS, Nº S/Nº, BAIRRO: ALVORADA				

PESSOAS RELACIONADAS

	Nome: JOEL DA ROCHA VITORIANO		
	RG: 10138684	CPF: 407.318.392-34	Idade: 47
Endereço: AV. FELINTO B. MONTEIRO, 668, SENADOR HÉLIO CAMPOS			
2 ULTIMAS CONDUÇÕES (ID 3713 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: NAO APRESENTADO) (ID 2305 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: ITEM 2) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 2			
	Nome: Amanda Kássia Barreto Gomes		
	RG: 347478-0	CPF: 023.956.622-08	Idade: 26
Endereço: rua Vereador Wadermar Gomes, Nº 859, DRº SILVIO BOTELHO			
2 ULTIMAS CONDUÇÕES (ID 3713 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: NÃO APRESENTADA) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1			

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

SENHOR(A) DELEGADO(A) DO 4º DP:
FOMOS ACIONADOS PARA O LOCAL E NO HORÁRIO ACIMA DESCrito, PARA ATENDER UM ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA. AO CHEGARMOS NO LOCAL, SE ENCONTRAVA APENAS UM DOS ENVOLVIDOS. O SR. JOEL QUE NOS INFORMOU QUE CONDUZIA SEU VEÍCULO MITSUBISHI/L200 PRATA, PLACA CVR5078 PELA AVENIDA GAL ATAÍDE TEIVE SENTIDO CENTRO/BAIRRO. E DANDO SINAL DE ENTRADA À ESQUERDA, FEZ A CONVERSÃO ENTRANDO NA AV. DOS GARIMPEROS OCASIONANDO UMA COLISÃO NA TRASEIRA DIREITA (PARACHOCHE) PELA MOTOCICLETA YAMAHA/YS150 FAZER BRANCA, PLACA NAX9057, CONDUZIDA PELA SRª AMANDA KÁSSIA QUE VINHA PELA AVENIDA GAL ATAÍDE TEIVE SENTIDO BAIRRO/CENTRO. A PERÍCIA ESTEVE NO LOCAL, SENDO FEITO OS TRABALHOS PELO PERITO CRIMINAL CLEIDISON; AVARIAS DOS VEÍCULOS CONFORME PERÍCIA. A SRª AMANDA KÁSSIA CONFORME SEU GENITOR QUE SE ENCONTRAVA NO LOCAL COM SEUS DOCUMENTOS, INFORMOU QUE ELA FOI REMOVIDA POR FFATURA NO BRAÇO ESQUERDO. VEÍCULOS FORAM LIBERADOS NO LOCAL AOS RESPONSÁVEIS. CONFORME NOS FOI INFORMADO PELO SR. JOEL, JÁ HAVIAM ENTRADO EM ACORDO EM QUE ELE ESTARIA REPARANDO OS DANOS OCASIONADOS.

NADA MAIS A INFORMAR.

1º SGT JANQUELE LIMA COSTA
CADASTRO: 47000148

LOCAL :
BOA VISTA / RR - 26/01/2020

DADOS DO REGISTRO

Recebi os conduzido(s) e os material(ais) acima anotado(s)

PÓLICIA MILITAR - BR
CPC-P3-P3
COMPRIRE COM ORIGINAL
DATA 26/01/2020

Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44006023

AÇÃO DE POLICIA

Abelino Perotto

Adailson Santos da Silva

G. JP



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003737/2020-A01

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 009.816.422-84	Placa NAX9057
Renavam 01126671530	Número do Motor G3F7E-019783
Número do Chassi 9C6RG3810J0008292	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/YS150 FAZER SED
Modelo YAMAHA/YS150 FAZER SED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 18/08/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Amanda Kassia Barreto Gomes	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 407.318.392-34	Placa CVR5078
Renavam 00739611160	Número do Motor 4D56JY4435
Número do Chassi 93XJNK340YCY06195	Ano/Modelo Fabricação 2000/2000
Cor PRATA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo MMC/L200 4X4 GL
Modelo MMC/L200 4X4 GL	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 08/07/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Joel da Rocha Vitoriano	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Texto extraído do ROP PM 3713

SENHOR(A) DELEGADO(A) DO 4º DP;
FOMOS ACIONADOS PARA O LOCAL E NO HORÁRIO ACIMA DESCrito, PARA ATENDER UM ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA. AO CHEGARMOS NO LOCAL, SE ENCONTRAVA APENAS UM DOS ENVOLVIDOS, O SR. JOEL QUE NOS INFORMOU QUE CONDUZIA SEU VEÍCULO MITSUBISHI/L200 PRATA, PLACA CVR5078 PELA AVENIDA GAL ATAÍDE TEIVE SENTIDO CENTRO/BAIRRO, E DANDO SINAL DE ENTRADA À ESQUERDA, FEZ A CONVERSÃO ENTRANDO NA AV. DOS GARIMPEROS, OCASIONANDO UMA COLISÃO NA TRASEIRA DIREITA (PARACHOCHE) PELA MOTOCICLETA YAMAHA/YS150 FAZER BRANCA, PLACA NAX9057, CONDUZIDA PELA SR^a AMANDA KÁSSIA QUE VINHA PELA AVENIDA GAL ATAÍDE TEIVE SENTIDO BAIRRO/CENTRO. A PERÍCIA ESTEVE NO LOCAL, SENDO FEITO OS TRABALHOS PELO PERITO CRIMINAL CLEIDISON; AVARIAS DOS VEÍCULOS CONFORME PERÍCIA. A SR^a AMANDA KÁSSIA CONFORME SEU GENITOR QUE SE ENCONTRAVA NO LOCAL COM SEUS DOCUMENTOS, INFORMOU QUE ELA FOI REMOVIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU AO PRONTO SOCORRO ESTADUAL, COM UM CORTE NO BRAÇO DIREITO E SUSPEITA DE FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO. VEÍCULOS FORAM LIBERADOS NO LOCAL AOS RESPONSÁVEIS. CONFORME NOS FOI INFORMADO PELO SR. JOEL, JÁ HAVIAM ENTRADO EM ACORDO EM QUE ELE ESTARIA REPARANDO OS DANOS OCASIONADOS. NADA MAIS A INFORMAR.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003737/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/02/2020 09:51 Data/Hora Fim: 04/02/2020 10:02
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 3713 Data: 26/01/2020
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 26/01/2020 13:05

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Alvorada
Logradouro: Av. Ataíde Teive C/ Av. dos Garimpeiros

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOEL DA ROCHA VITORIANO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 47 anos
Estado Civil: Sem Informação

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 10138684
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 407.318.392-34

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Av. Felinto B. Monteiro Nº: 668
Bairro: Senador Helio Campos

Nome Civil: AMANDA KASSIA BARRETO GOMES (ENVOLVIDO , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 26 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Atendente Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 023.956.622-05
RG - Carteira de Identidade: 347478-0

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Vereador Waldemar Gomes Nº: 859
Bairro: Dr. Silvio Botelho
Telefone: (95) 99137-2225 (Celular)

Razão Social: POLICIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Rosana Jucara Vilaca Moreira
Data de Impressão: 04/02/2020 10:02



Página 1 de 3

PPA - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003737/2020-A01

ASSINATURAS

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

Amanda Kassia Barreto Gomes
(Envolvido / Vítima)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2-Nº do sinistro ou ASL:

3-CPF da vítima:

023.956.622-08

4- Nome completo da vítima:

AMANDA CASSIA BARRETO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP SP-495/2012

5- Nome completo:

AMANDA CASSIA BARRETO GOMES

6- CPF:

023.956.622-08

7- Profissão:

GARCONETE

8- Endereço:

R. MAESTRO DIRSON COSTA

9- Número:

552

10- Complemento:

11- Bairro:

JARDIM CARANA

12- Cidade:

BOA VISTA

13- Estado:

RR

14- CEP:

69.313-708

15- E-mail:

CONFIANCA.CST@HOTMAIL.COM

16- Tel.(DDO):

(051)92118-3200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENSAL 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 CONCEPÇÃO:

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

21- DADOS BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POLIGRÁFICA (somente para os bancos abaixo, pede-se uma opção) Bradesco (257) Itaú (310) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA: 3906

CONT: 14036

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

 CONTA CORRENTE (indicar banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: _____

CONT: _____

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

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 VÍTIMA DE LAUDIO 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE Morte

23- Estado:

civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado (de fato) Viúvo

24- Estado:

civil da vítima:

25- Grau de Parentesco com a vítima:

26- Vítima deixou comparsa(s):

 Sim Não

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

28- Vítima:

 Sim Não

Se

tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

29- Vítima deixou

filhos,

informar

Vivos:

Falecidos:

30- Vítima deixou

irmãos,

informar

Vivos:

Falecidos:

31- Vítima

 Sim Não

32- Se a vítima

 Sim Não

33- Vítima deixou

irmãos,

informar

Vivos:

Falecidos:

34- Assinatura digital da vítima ou beneficiário não cidadão

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

38- 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39- 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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

40- Local e Data: BOA VISTA-RR, 02 DE ABRIL DE 2020

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43- Assinatura do Procurador (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.001 V002/2019

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: 30/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMANDA KASSIA BARRETO GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000014036-3

Nr. da Autenticação 85E751F10061307D