



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0126055-3

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

Nº da Nota Fiscal 4700695

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\$)
FEVEREIRO/2020	26/03/2020	277	254,75

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: 21266	Atual: 26/02/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 20385	Anterior: 29/01/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 26	Próxima leitura: 26/03/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 21/02/2020	Número Medidor: 14TDB00002
Consumo medido: 277	Apresentação: 26/02/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 277		Modalidade: N 1624688

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	

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 277 - 0,617770	
Média 12 meses: 293	

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

AVISO DE DEBITOS VENCIDOS
DEBITOS JA REAVISADOS

Informamos existir(em) débito(s) vencido(s) no valor de R\$ xxxxxxx419,24 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(s) de-
bit(o)s já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento
da Roraima Energia com o(s) comprovante(s) de pagamento.

Mes/ano	Valor R\$
12/2019	419,24

LIQUE 08007019120 E FAÇA O(PAO) VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO BAAB-11C1-89C5-61ED-7C10-FEFE-3C4B-81D3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:	114,58	Encargos:	6,48	Base de Cálculo:	17,00%	36,03	
Distribuição:	58,15	Tributos:	48,97	ICMS:	0,41%	0,07	
Transmissão:	0,00			PIS:	1,91%	4,05	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual
6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
4,90			3,00			3,37	
Conjunta	CENTRO		Período de aplicação: 12/2019		EUSD: 99,46		

RGT: 12.001.02.11.603050



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$
254,75

MÊS FATURADO
02/2020

VENCIMENTO
26/03/2020

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

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

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

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

Pelo exposto, eu TELVA 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>	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) 98118-3200</u>

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

Julia A. Guedes
Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ 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 Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 3474780 SSPRR F SOLTEIRO(A) PARDAS BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe **JOICE KELLY AMERICO BARRETO** Pai **ARTESON DA ROCHA GOMES** Contato **(95) 99147-1397**
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** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. Registrado por: **ADAO**

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

Anamnese de Enfermagem

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) **13:17h**

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Imprimida
2) Dipeptona 2g EV
3) Tiotile 40g EV
4) TRANSDER-100 + SF 100ml
EV

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **ortopedia**

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / / : : :

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: adao
Data Hora: 26/01/2020 13:22:18

© 2000
AUTENT - Soluções em Tecnologia
104 - Inscrições em Saúde
04.42337-61/04.02



2001213568

Ortopedia

Quitar por el

Quitar (E)

sol. de P +

+ P +

Dr. Pablo Caraballo Echevarrena Junior
Médico
E.R. 1754-01264



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

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ 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 Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 3474780 SSPRR F SOLTEIRO(A) PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe **JOICE KELLY AMERICO BARRETO** Pai **ARTESON DA ROCHA GOMES** Contato **(95) 99147-1397**
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** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. Registrado por: **ADAO**

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

Anamnese de Enfermagem

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) **13:17h**

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Imprimata
2) Difenidramina 20mg EV
3) Tiotile 40mg EV
4) TRANQUILIZANTE - 100mg + SF 100mlh
EV

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **ortopedia**

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / / : : : :
Claudia Kechame
Médica
CRM-RR 2127

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: adao
Data Hora: 26/01/2020 13:22:18

© 2000
HISTÓRIA - Software em Tecnologia
104 - Implantação em Saúde
04.4237-61.30.42



2001213568

Ortopedia

Quilmes por e

Quilmes (E)

sol. et. P +

+ pef/gro

Dr. Pablo Caraballo Echevarrena Junior
Medico
E.R. 1754 - 01264





E

AMANDA KASSIA BARRETO

3122

HOSPITAL CORONEL MOTA

18/03/2020

Francineide

89,1 %

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Polgar Direito



Telvia S. Guedes

SINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Carteira de Identidade

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

30/01/2017

NOME

TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTARÉM - PA

18/11/1970

DOC ORIGEM

CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do ROC

1 VIA

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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: 0800-1596 / 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: 3200543123

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) 98118-1200
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: CONFIANCACST@HOTMAIL.COM

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO

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

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: RAIO 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, JUNTAMENTE COM OS RAIO X, ONDE COSTA QUE A MESMA TEM DEBILIDADE, DE ACORDO COM O MÉDICO CIRURGIÃO ORTOPEDISTA, DR. CARLOS GUERRA CRM-RR 589. AGUARDO REANÁLISE.

BOA VISTA - RR, 15 DE JUNHO DE 2020.

Local e Data
Télvia Guedes (PROCURADORA)
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO E ULNA 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, garçõete, 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: 26/02/2020

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

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alameda Teófilo, 4307 - Alto Brasília - Boa Vista - RR
Fone: (95) 3423-4100
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

181372-4e44159923b1f
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de AMANDA KASSIA BARRETO GOMES

Em testemunho da verdade, LFS
Do que deu fé, Boa Vista-RR, 12 de fevereiro de 2020.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadeportal.com.br
REC FIR 186295YQ8X5ZTQW9CNDM511

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

181372
Telvia Santiago Guedes
Recevente Autorizada

PROCURAÇÃO

Outorgante: AMANDA KÁSSIA BARRETO GOMES brasileira, solteira, garçõete, 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: 26/02/2020

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

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alameda Teófilo, 4307 - Alto Brasília - Boa Vista - RR
Fone: (95) 3423-4100
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

181372-4e44159923b1f
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de AMANDA KASSIA BARRETO GOMES

Em testemunho da verdade, LFS
Do que deu fé, Boa Vista-RR, 12 de fevereiro de 2020.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadeportal.com.br
REC FIR 186295YQ8X5ZTQW9CNDM511

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

181372
Telvia Santiago Guedes
Recevente Autorizada

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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

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 POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

023.956.622-08

AMANDA CASSIA BARRETO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/RESPONSÁVEL LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 4/25/2012

5 - Nome completo:

AMANDA CASSIA BARRETO GOMES

6 - CPF:

023.956.622-08

7 - Profissão:

GARÇONETE

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 61 HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

(95) 93112-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ 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 POUPEANCA (conforme postas as opções abaixo. Anote uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (311)☐ Banco do Brasil (101)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3906

CONTE:

14036

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Desquitado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do acidente:

25 - Garde Poderes com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou netos (se houver)?

☐ 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

Assinatura legível da vítima ou beneficiário não afetado

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, 02 DE ABRIL DE 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CANAIMÉ SCI

Sistema para Cadastro de Infratores - Copyright 2011



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA CAPITAL
2º BATALHÃO DE POLÍCIA 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 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 3713 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: NÃO 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 ÚLTIMAS 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 GARIMPEIROS OCASIONANDO UMA COLISÃO NA TRASEIRA DIREITA (PARACHOQUE) 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 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.

1º SGT. JANELE LIMA COSTA
CADASTRO: 47000148

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

DADOS DO REQUERIMENTO

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

POLÍCIA MILITAR - BR
CPC-P3-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 30/01/20

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

Abelino Peres
NOME DO POLICIAL

[Signature]
RECEBIDA

4º DP
DP



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 (PARACHOQUE) 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 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
POLÍCIA 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: POLÍCIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço



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 previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

023.956.622-08

AMANDA CASSIA BARRETO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/RESPONSÁVEL LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 4/25/2012

5 - Nome completo:

AMANDA CASSIA BARRETO GOMES

6 - CPF:

023.956.622-08

7 - Profissão:

GARÇONETE

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 61 HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

(95) 93112-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 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\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (conforme posto os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (311)

☐ Banco do Brasil (101)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3906

CONTE:

34036

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Desquitado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do acidente:

25 - Garde Poderes com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou:

nascentes (gêmeos):

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou parentes 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

Assinatura legível da vítima ou beneficiário não arrolado

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, 02 DE ABRIL DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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