
Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200268291

Vítima: CLEOBER KLEMS PIRES

Data do Acidente: 13/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEOBER KLEMS PIRES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200268291 Vítima: CLEOBER KLEMS PIRES

Data do Acidente: 13/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLEOBER KLEMS PIRES

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência do procurador do requerente do Seguro DPVAT, pois não foi entregue.

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Carta nº 15996236



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200268291 Vítima: CLEOBER KLEMS PIRES

Data do Acidente: 13/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLEOBER KLEMS PIRES

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência do procurador do requerente do Seguro DPVAT, pois não foi entregue.

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200268291

Vítima: CLEOBER KLEMS PIRES

Data do Acidente: 13/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEOBER KLEMS PIRES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: CLEOBER KLEMS PIRES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000004263-3

Conta: 000010015217-1

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



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 6717/2020 - Registrado em: 15/07/2020 às 17h 15min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 13/10/2018 às 12h 45min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: DOS GIRASSOIS

Nº: S/N

CEP:

Bairro: PRICUMA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: PROXIMO A IGREJA ASSEMBLEIA

Complemento: AO LADO DA IGREJA ASSEMBLEIA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CLEOBER KLEMS PERES(43), nascido(a) em 19/08/1976, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de MESTRE DE OBRA, CPF Nº 714.271.552-91, País: BRASIL, natural de PORTO VELHO-RO, filho(a) de NOELZA KLEMES PIRES e VALDIR BATISTA PIRES, endereço: ROMENIA, cep: 69311-124, Nº: 243, bairro: CAUAME, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99131-8525.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O FATO OCORREU AS 12:45 HORAS, QUANDO O SENHOR CLEOBER KLEMS PIRES, ESTAVA VOLTANDO DA FACULDADE ONDE ESTUDAVA, NA MOTOCICLETA HONDA BIZ 125 ES, PLACA NAR 0586, ANO 2008/2008 CHASSI 9C2JA04208R112018, DE PROPRIEDADE DA SENHORA IVONET MARIA FIGUEIREDO DE CASTRO, QUANDO UM VEICULO CRUZOU A PREFERENCIAL VINDO A COLIDIR COM A MOTOCICLETA, COM A BATIDA O SR CLEOBER VEIO A CAIR NO CHÃO E A FRATURAR A PERNA ESQUERDA,

AFIRMA QUE NÃO TEM COMO IDENTIFICAR O CARRO POIS O MESMO SE EVADIU DO LOCAL.

FOI SOCORRIDO POR POPULARES, DEVIDO A DEMORA DO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, FOI CONSTATADO QUE O MESMO SOFREU LESÃO GRAVE EM VARIAS PARTES DA PERNA ESQUERDA E QUE DEVERIA SER OPERADO, O MESMO FICOU NO HOSPITAL AGUARDANDO A DEVIDA CIRURGIA, O QUE NÃO OCORREU NO PRIMEIRO MOMENTO, DEVIDO A FALTA DE MATERIAL, ENTÃO O SR CLEOBER, FOI MANDADO PARA CASA, COM A PROMESSA DE QUE QUANDO CHEGASSE OS MATERIAIS ELE SERIA CHAMADO, ENQUANTO ISSO, ELE FICOU TENDO ACOMPANHAMENTO MÉDICO AMBULATORIAL, NO DIA 15 DE OUTUBRO DE 2019, MAIS DE 12 MESES DEPOIS DO ACIDENTE, ELE FOI CHAMADO PARA CIRURGIA, FIZERAM O PROCEDIMENTO, MAS COMO ELE TEVE LESÃO NOS NERVOS E TENDOES NÃO PODERAM FAZER MUITA COISA, ENTÃO O SR CLEOBER FICOU COM DEBILIDADE PERMANENTE NA PERNA ESQUERDA E SÓ CAMINHA COM AUXILIO DE MULETAS, POIS ALÉM DE TUDO FICOU COM O JOELHO DURO E UMA PERNA MENOR QUE A OUTRA. DECLARA QUE REGISTRA O FATO PARA FINS DE DPVAT .

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

RONALDO LUIZ DE SOUZA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: SIAFI 710354
ASSINADO ELETRONICAMENTE

CLEOBER KLEMS PERES
COMUNICANTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 15217 X AGÊNCIA: AGÊNCIA: CONTA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filhos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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. 20 DE JULHO DE 2020.

Cleober Klems Pires

Procurador(a)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200268291 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEOBER KLEMS PIRES **Data do acidente:** 13/10/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA EVOLUINDO COM PSEUDOARTROSE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/ FIOS K). ALTA.
ANEXO 2 (P 4/6/8/10).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO 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 MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: ENCAMINHADO PARA AMD SOMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA, CONFORME ORIENTAÇÃO.
@ ANEXO 1 P 1, DR. ALBERTO PEREIRA DE SOUZA, CRM-RR: 1617, DE 16/06/2020.
@ ANEXO 2 P 1, DR. JESUS A. LOPEZ AGUIRRE, CRM-RR: 566, DE 09/12/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEOBER KLEMS PIRES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000010015217-1

Nr. da Autenticação 7367FD2BA1BE604E



CNPJ: 08.328.467/0001-55
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.555.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.306-400

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 925632

Maio/2020

Dados do Cliente:
LIZIANILDA PEREIRA DA COSTA

Endereço para entrega:
RUA BOMENTIA, NÚM. 88243 - CAUQUE BOA VISTA
TA RR 69011-124

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.015.558.0135.000	11	645	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		CORTADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.		10	0
LEITURA INF.			
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

202004 10-0
202003 10-0
202002 10-0
202001 10-0
201912 10-0
201911 10-0

MEDIA 10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DEPARTAMENTO FEDERAL N.º 5448 - 5895 G.M.					
AMOSTRA	CLASSE	TURBIDIDEZ	ODR	C.T.U.V.	PH
EXIGIÊNCIA	100	100	10	100	
ANÁLISE	196	196	196	196	
CONFORME	196	196	196	196	196

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10,00	23,43
ESGOTO	80,0 % DO VALOR DE AGUA	18,75
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020		0,85

VENIMENTO: 15/06/2020 TOTAL A PAGAR 43,74

AVISO: EM 30/04/2020 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRICULA	REFERENCIA	VENIMENTO	TOTAL A PAGAR
925632	05/2020	15/06/2020	43,74

82650000000- 3 43740004001- 4 00092563201- 0 05202050003- 0



IMPRESSÃO: 15/06/2020 08:23:11

Via do Cliente

Via do Cliente

Faturas da UC: 859125

[\[x\] Sair](#)

Unidade Consumidora
859125
Endereço
R. ROMENIA, 243 , - CAUAME

Nome do Cliente
LIZANILDA PEREIRA DA COSTA

Mês de Faturamento	Data de Vencimento	Valor	Situação
06/2020	06-JUL-20	R\$ 129,26	PAGO
05/2020	06-JUN-20	R\$ 136,69	PAGO
04/2020	06-MAY-20	R\$ 151,93	PAGO
03/2020	06-APR-20	R\$ 155,33	PAGO
02/2020	06-MAR-20	R\$ 140,24	PAGO
01/2020	06-FEB-20	R\$ 131,54	PAGO
12/2019	06-JAN-20	R\$ 120,12	PAGO
11/2019	06-DEC-19	R\$ 124,94	PAGO
10/2019	06-NOV-19	R\$ 80,91	PAGO
09/2019	06-OCT-19	R\$ 71,95	PAGO
08/2019	06-SEP-19	R\$ 86,07	PAGO
07/2019	06-AUG-19	R\$ 88,65	PAGO
06/2019	06-JUL-19	R\$ 83,54	PAGO
05/2019	06-JUN-19	R\$ 106,52	PAGO
04/2019	06-MAY-19	R\$ 122,27	PAGO
03/2019	06-APR-19	R\$ 114,08	PAGO
02/2019	06-MAR-19	R\$ 107,79	PAGO
01/2019	06-FEB-19	R\$ 112,06	PAGO
12/2018	06-JAN-19	R\$ 117,86	PAGO
11/2018	06-DEC-18	R\$ 110,35	PAGO
10/2018	06-NOV-18	R\$ 73,65	PAGO
09/2018	06-OCT-18	R\$ 71,06	PAGO
08/2018	06-SEP-18	R\$ 76,28	PAGO
07/2018	06-AUG-18	R\$ 75,75	PAGO
06/2018	06-JUL-18	R\$ 74,06	PAGO
05/2018	06-JUN-18	R\$ 68,88	PAGO
04/2018	06-MAY-18	R\$ 82,04	PAGO
03/2018	06-APR-18	R\$ 54,45	PAGO
02/2018	06-MAR-18	R\$ 53,36	PAGO
01/2018	06-FEB-18	R\$ 56,26	PAGO
12/2017	06-JAN-18	R\$ 66,73	PAGO
11/2017	06-DEC-17	R\$ 57,04	PAGO
10/2017	06-NOV-17	R\$ 53,99	PAGO
09/2017	06-OCT-17	R\$ 65,44	PAGO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Polgar Direito

Amara J. Guedes
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE
Formulário 1000-0000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
NOME: **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 8 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM**
CPF: **739.248.066-91**
1 VIA

DATA DE EMISSÃO: **30/01/2017**

AMADEU ROCHA TRIANI
Membro Parlamentar do Poder Judiciário
Diretor de RDC

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

P 1



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este número



SEU CÓDIGO
0126055-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Gomes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.002.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4700695

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é instituída
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAM

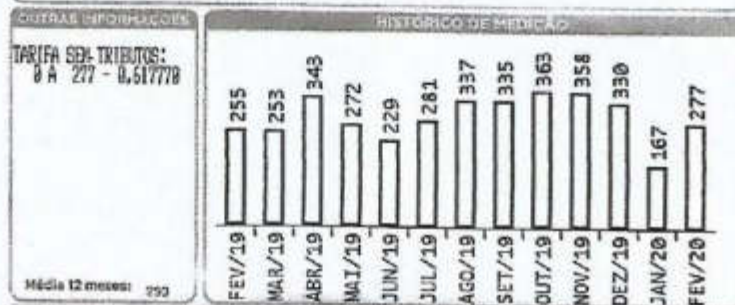
CONTA Nº	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	26/03/2020	277	254,75

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: 21265	Atual: 25/02/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 20989	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: 25/02/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 277		Modalidade: N 1624688

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	277 A R\$ 0,765725 =	212,10
CORREÇÃO MONETARIA DA 11/19-00		0,33
CORREÇÃO 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
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		25,10



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

AVISO DE DÉBITOS VENCIDOS

DÉBITOS JÁ RENOVISADOS

Informamos existirem débitos(s) vencido(s) no valor de R\$ xxxxxxxx19,24 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(m) sido renovado(s), procurar uma loja de atendimento da Roraima Energia com o(s) comprovante(s) de pagamento.

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

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO BAAB-11C1-89CS-614D-7C10-FEFE-3C4B-81D3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 114,50	Encargos: 6,48	Base de Cálculo: 212,10	ICMS: 17,00%
Contribuição: 50,15	Tributos: 40,97		PIS: 0,41%
Transmissão: 0,00			COFINS: 1,91%
			Subtotal: 36,00
			Total: 4,05

INDICADORES DE CONFIABILIDADE							
	EL	FC	LANO	ENCL			
Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Reajustado	4,90			3,00			3,37
Contorno	CENTRO						
			Período de aplicação:	12/2019		Euro:	99,46

RÔT: 12.001.02.11.603050



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Gomes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.002.022-3

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 000000000126 3 05530220008 8



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 Escrevente
Av. Aldeide Teiva, 4507 - São Bráson
Boa Vista - RR CEP: 69.301-050
Fone: (95) 9827-1101
Zeladoria: daniel@cartorio2ooficio.com.br

181372-5e44159923b1f
Reconheço por VERDADEIRA (a) firma(s)
AMANDA KÁSSIA BARRETO GOMES

Em testemunho da verdade LFS
De que deu 18. Boa Vista-RR, 12 de fevereiro de 2020.
Consulte o(s) site(s) abaixo em cidades: portalssm.com.br
RECFIR168295VQ8X6ZTQW9CMCM511

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos: R\$ 0,55 G.I.O.: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

Yvel
181372-5e44159923b1f
Telmia Carvalho Barbosa dos Santos
Escrevente Autorizada



Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0085912-5

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Enéas Gomes, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.001.922-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 369/13

Nº DA NOTA FISCAL: 5395332 - FCAM*
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.428 de 25 de abril de 2003.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2020	06/07/2020	134	129,26

CPF: 00062337823253

LIZANILDA PEREIRA DA COSTA
R. ROMENIA 243 - CAUANE
CEP: 69.311-124 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual:	17/06/2020	Anterior:	18/05/2020	Próxima leitura:	20/07/2020
Emissão:	16/06/2020	Apresentação:	17/06/2020	Dias de consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	4601217	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	17499							
Leit. Anterior	17365							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	134							
Faturado:	134							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	134 A R\$ 0,755234 =	101,20
CORREÇÃO MONETÁRIA 16/05/20-00		0,11
MULTA POR ATRASO DL 1 05/20-00		0,75
JUROS DE MORA POR ATR 05/20-00		0,03
MULTA POR ATRASO 05/20-00		2,16
JUROS DE MORA DI TIPO 05/20-00		0,14
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		24,87

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM T.T. BÔNUS:
0 = 134 - 0,617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

120	130	125	106	119	126	121	140	146	166	161	143	134
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5710049

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL, 248 ,

CENTRO

69301050 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1260553	MÊS 07/2020	PERÍODO DE CONSUMO 26-JUN-20 a 29-JUL-20
CONSUMO (kWh) 74	VENCIMENTO 26-AUG-20	TOTAL A PAGAR R\$ 94,82

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1260553	MÊS 07/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 94,82
--------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836300000004.948200750008.000000001263.055307200059



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

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

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

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

Pelo exposto, eu TELMA SANTIAGO GUEDES
inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
CLEBER KLEMS PIRES inscrito (a) no CPF sob o Nº 714.273.552 / 91
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLEBER KLEMS PIRES
inscrito (a) no CPF sob o Nº 714.273.552 / 91, 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>	CEP: <u>69.305-050</u>
E-mail: <u>CONFIANCACST@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>095/9818-200</u>

Local e Data: BOA VISTA - RR, 20 DE JULHO DE 2020

TELMA SANTIAGO GUEDES
Assinatura do Declarante

Clínica do Trabalho

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: CLEOBEN KLEIN PIRES

LAUDO MÉDICO

Paciente sofreu acidente o dia
13/10/18, atendida no H ER,
operado o dia 02 de 14/10/19
CID - S82.0.

Atualmente de alta de ortopedia,
apresentando hipotrofia muscular de coxa
e limitação na flexão de joelho a 25%

JESUS A. LOPEZ AGUIRRE
Ortopedista/Traumatologista

BOA VISTA-RR, 09/12/20

FONES: (95) 3624-3445 / 98120-1111 / 98803-9157
AV. BENJAMIN CONSTANT, 1647 - CENTRO
CEP: 69.301-072 - BOA VISTA - RR
CLINICADOTRABALHO@HOTMAIL.COM

RESPONSÁVEL TÉCNICA:
MARLENE DE ANDRADE
MÉDICA ESPECIALISTA EM MEDICINA DO TRABALHO
ANAMT/AMB/CFM - CRM: 339/RR - RQE: 341

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.



1801026848

25/10/2018 14:14:28

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

Paciente

CLEOBER KLEMS PIRES

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Data Nascimento

19/08/1976

Idade

42 A 2 M 6 D

CNS

706509373327

CPF

714.275.552

Prontuário

168530

Mãe

NOELZA KLEMS PIRES

Endereço

RUA - IPES - 152 - PRICUMA - BOA VISTA - RR

Sexo

M

Estado Civil

PA

Pai

NI

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

PORTO VELHO - RO

Nacionalidade

BRASILEIRA

Contato

(95) 98122-4517

Ocupação

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

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

KERON.MADY

Queixa Principal

☐ Síndrome Febil ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Joelho e epis traumático no 27 dias.

Exame Físico

SN) LIG, LTB, efesul
3cu) am aut

Hipótese Diagnóstica

Trauma joelho

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Tenoxicam 20mg 1x1

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 ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML ☐ Anomalia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: keron.mady

Data Hora: 25/10/2018 14:17:22

10026848 - 10026848
10026848 - 10026848
10026848 - 10026848

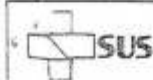


1801026848

A

Anexo 1

alt. 16/10/19



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

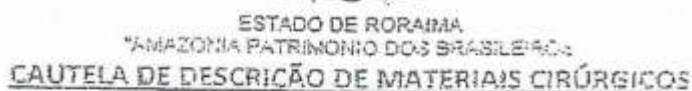
() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050895

M841



Dados dos materiais/Serviço

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

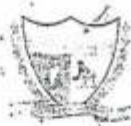
Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeronáutica
CEP 69 210-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0655) 2121-6231
E-mail: adm-hgr@brasil.com



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		ID: 43	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
CLEOBER KLIMS PIRES				00168530	15 / 10 / 19
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
PSEUDO ARTROSC DE PATELA			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			08:57	10:15	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Dr. Alberto		ANESTESISTA:	Dr. Budes	
1º AUXILIAR	Dr. Elder		RES. ANESTESIA:	R1 - Daniel	
			INSTRUMENTADOR	R1 - Augusto	
2º AUXILIAR	R3 - Marcelo		CIRCULANTE	Miriam Jetro	
TIPO DE ANESTESIA: RASGUE + SEDAÇÃO			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☐	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml	
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		7	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		☐	CERA P/ OSO ALGODÃO ORTOP.	
☐	SERINGA 05 ML		☒	KIT CATARATA Nº ATADURA DE CREPON	
☐	SERINGA 10ML		80ml	GEOFOAM ALCOOL 70%	
☐	SERINGA 20ML		80ml	FITA CARDIACA TÓPICO	
1	EQUIPO MACROGOTAS		100ml	OUTROS: CLOREXIDINA DEGERMANTE	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Erika Bruno	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Miriam	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
FABRICAR ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Cláudio F. de Pina, M, 43.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

08:30

10:00

Nº

15-10-19..

AGENTES	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
	02															
LÍQUIDOS VENOSOS	AM															
	OP															
DA	°C	240														
X	38	220														
ULSD	36	200														
ANES	34	180														
X	32	160														
OP	30	140														
O																
TEMP		120														
		100														
ASPIR.		80														
A		60														
RESP		40														
O		20														
Expirat																
Aspirat																
Contro																
SÍMBOLOS																

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
1. Propofol 20 mg	1. Propofol 20 mg	1. Propofol 20 mg	1. Chegada + monitorização.
2. Midazolam 5 mg	2. Midazolam 5 mg	2. Midazolam 5 mg	2. Fentanyl 100 mg IV
3. Fentanyl 100 mg	3. Fentanyl 100 mg	3. Fentanyl 100 mg	3. M. diazepam 5 mg IV
4. /	4. /	4. /	4. Asespi-a laudaz.
5. /	5. /	5. /	5. Puncção SA mediana em L2-L3 com
6. /	6. /	6. /	Quincke 20; L2 claro.
7. /	7. /	7. /	8. Propofol 0,5% 10 ml SA.
8. /	8. /	8. /	9. Eptaxana 1 g IV
9. /	9. /	9. /	10. Dexmedetomidina 10 mg IV
10. /	10. /	10. /	11. Tenoxicam 10 mg IV
GLICOSE	LÍQUIDOS	Câmbio - Novo / Oro Faríngea	Laríngea - Espasmo - Excesso Secre
NOCD		Naso / Orelha / Orelha - Ceto	Depressão Respiratória - Hipoxia
SANGUE	500 ml	Art. - Temp - Calibre do Tubo	"Bubbling" - Vômito
		Sob Máscara	Hemorragia - Arritmia
		Dificuldade Técnica	Brad Taquicardia - Choque
TOTAL	1500 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de fratura do artrose de joelho.		
ANESTESIA	Dr. Eudes	CÓDIGO	Dr. Eudes
		QUIRÃO	Dr. Alberto
		PERDA SANGÜÍNEA	Calipato 1.

Dr. Daniel
Eudes Marques P. Filho
Médico Anestesiologista
CRM 690-RR

9. Propofol 1 g IV.
10. Tramadol 100 mg IV.
X - O2RA.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE

17112-2
Kleber Kleus Pires

43

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 14/10/19 ANOS,
DIAGNÓSTICO DE Fx patela

NO DIA 15/10/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese SENDO

OPERADO PELO DR. Alberto E DR. Elden

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 14/10/19 ÀS 10:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 05/11/19 ÀS 14:00 COM O
DR. Alberto

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. H. Almeida

BOA VISTA, 14/10/19

Dr. Pedro de S. Fausta
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RORAIMA



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA, PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME CLSO BEN KLUMS RECEITÁRIO

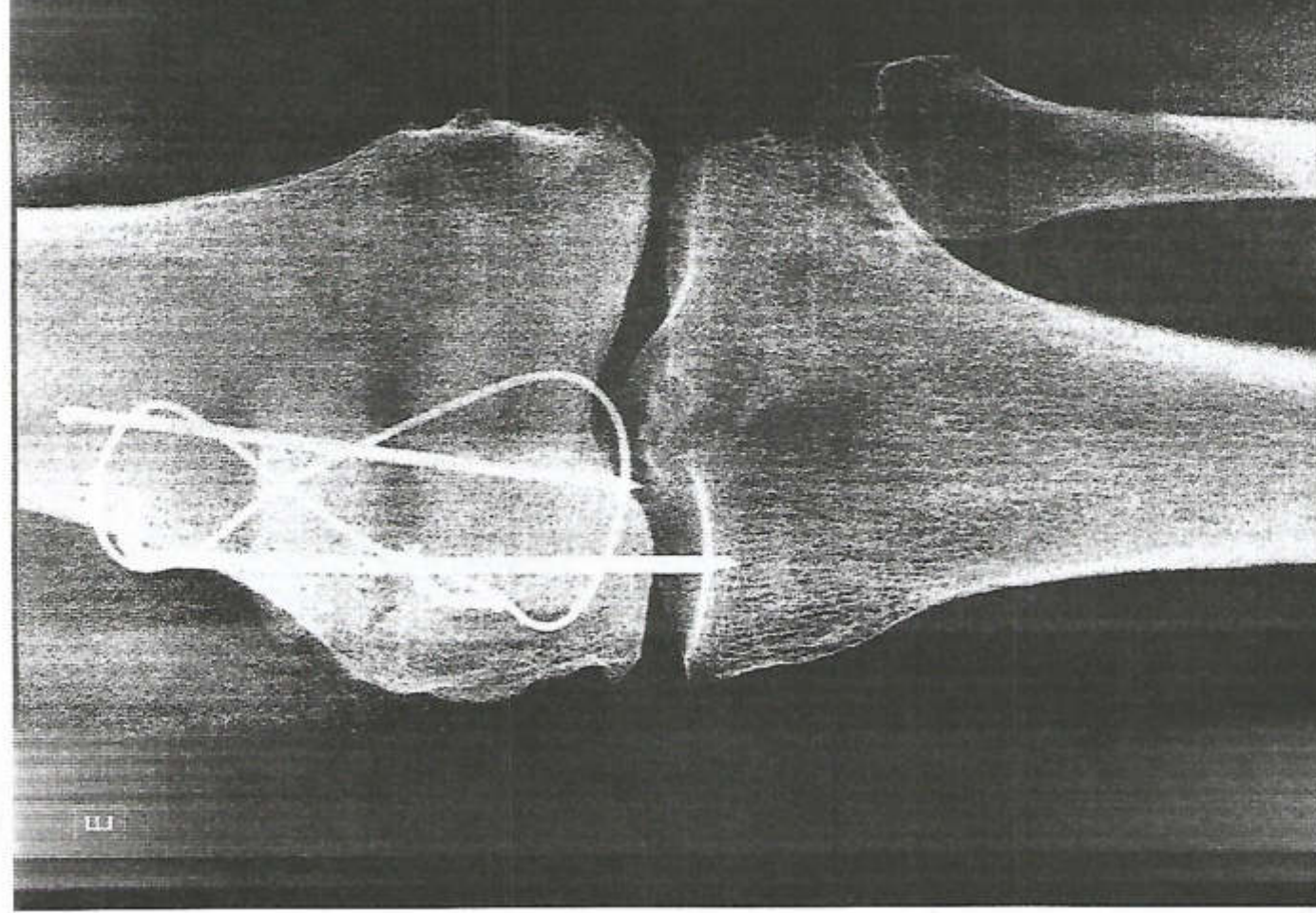
LAUDO MÔNICO
Paciente ♂ 43 anos
Paciente cianótico p/ disto-
morfia de pseudomorfia de
PATERA (E) no dia 15/10/19.
Ovulado com limitação funcional
com déficit de flexão do
quadril. Rota não contribui
para a profissão do
paciente

DATA 16.06.20

1255

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
Título CRM-RR 1617
Assinatura e Carimbo da TEOT-12603

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 04.013.409/0001-98
Telefone 2121 7474



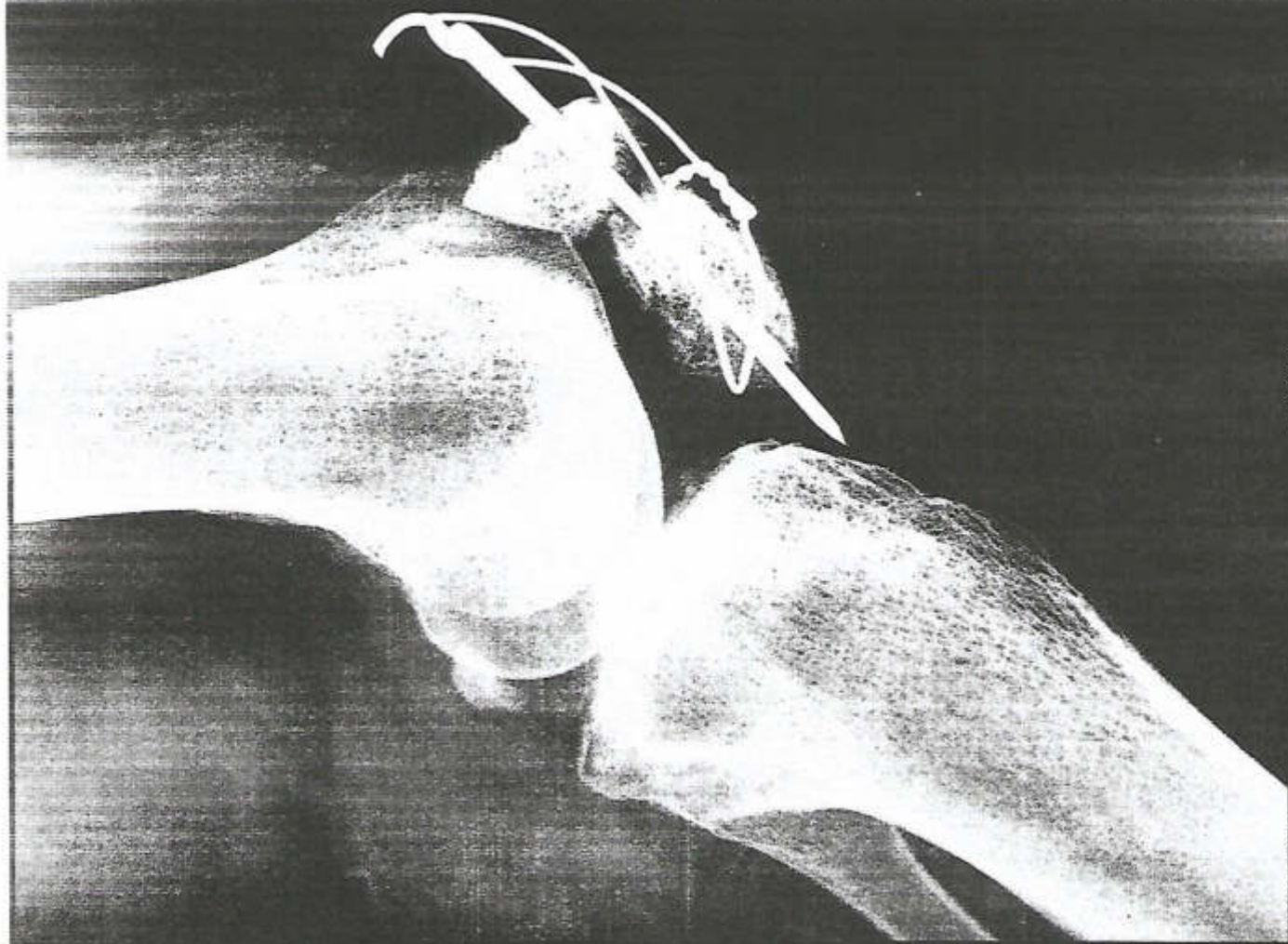
11

13/06/2020

CLEOBER KLEMS PIRES

4192

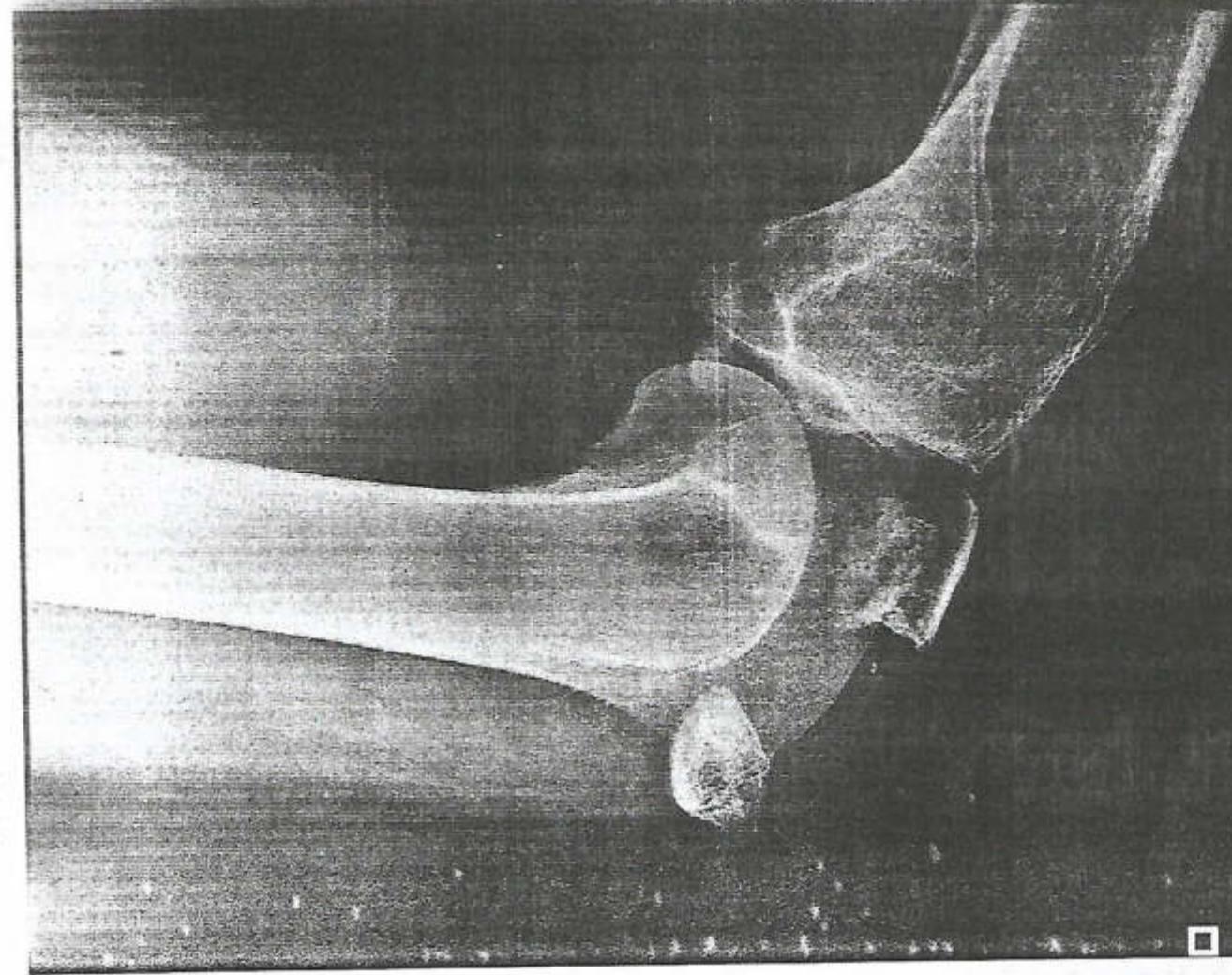
HOSPITAL CORONEL MOTA



10/06/2020

92.6%

Vilson



CLEUBER KLEMS

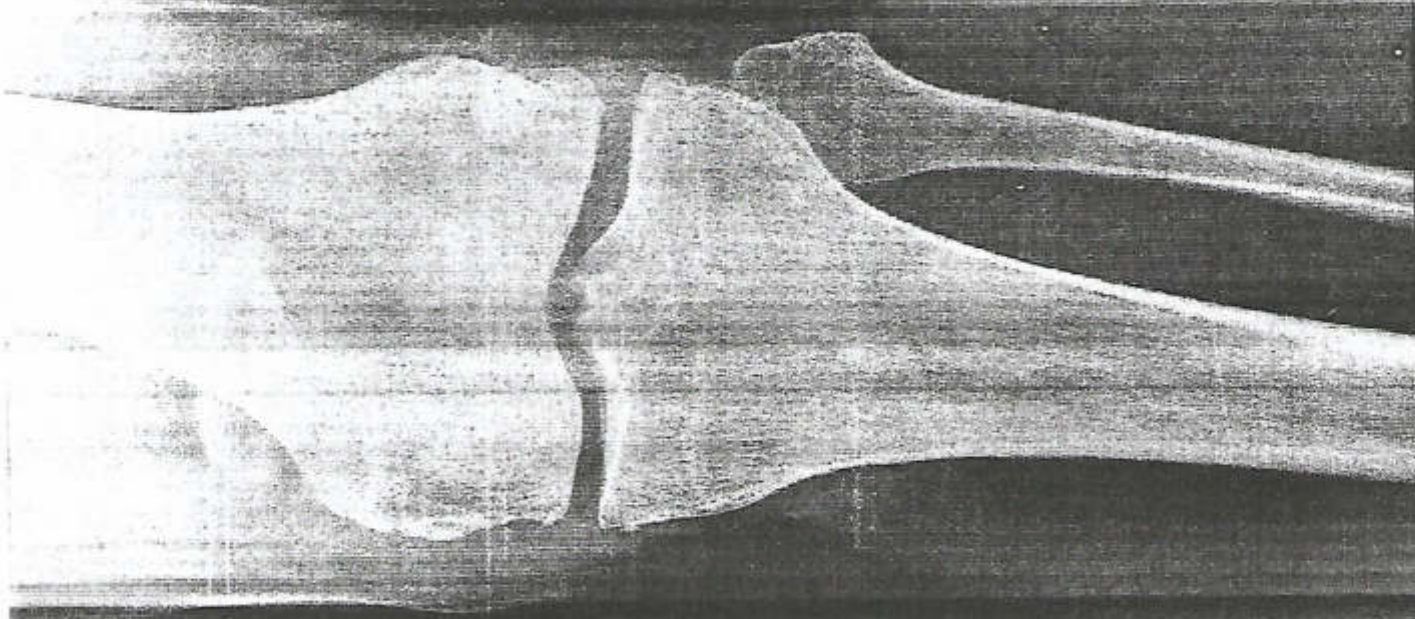
HOSPITAL CORONEL MOTA

10066

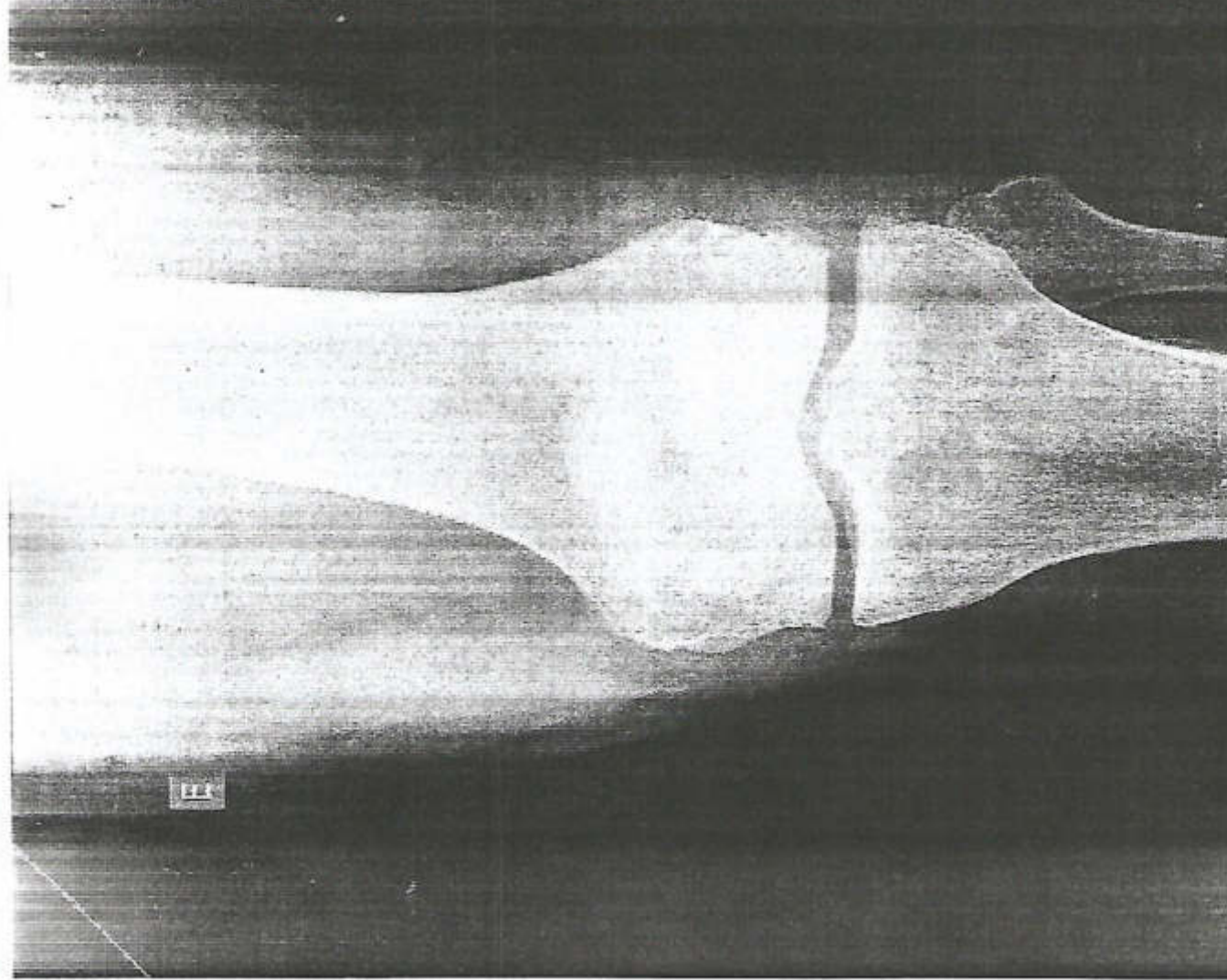
03/09/2019

Marcos

70.3%



III



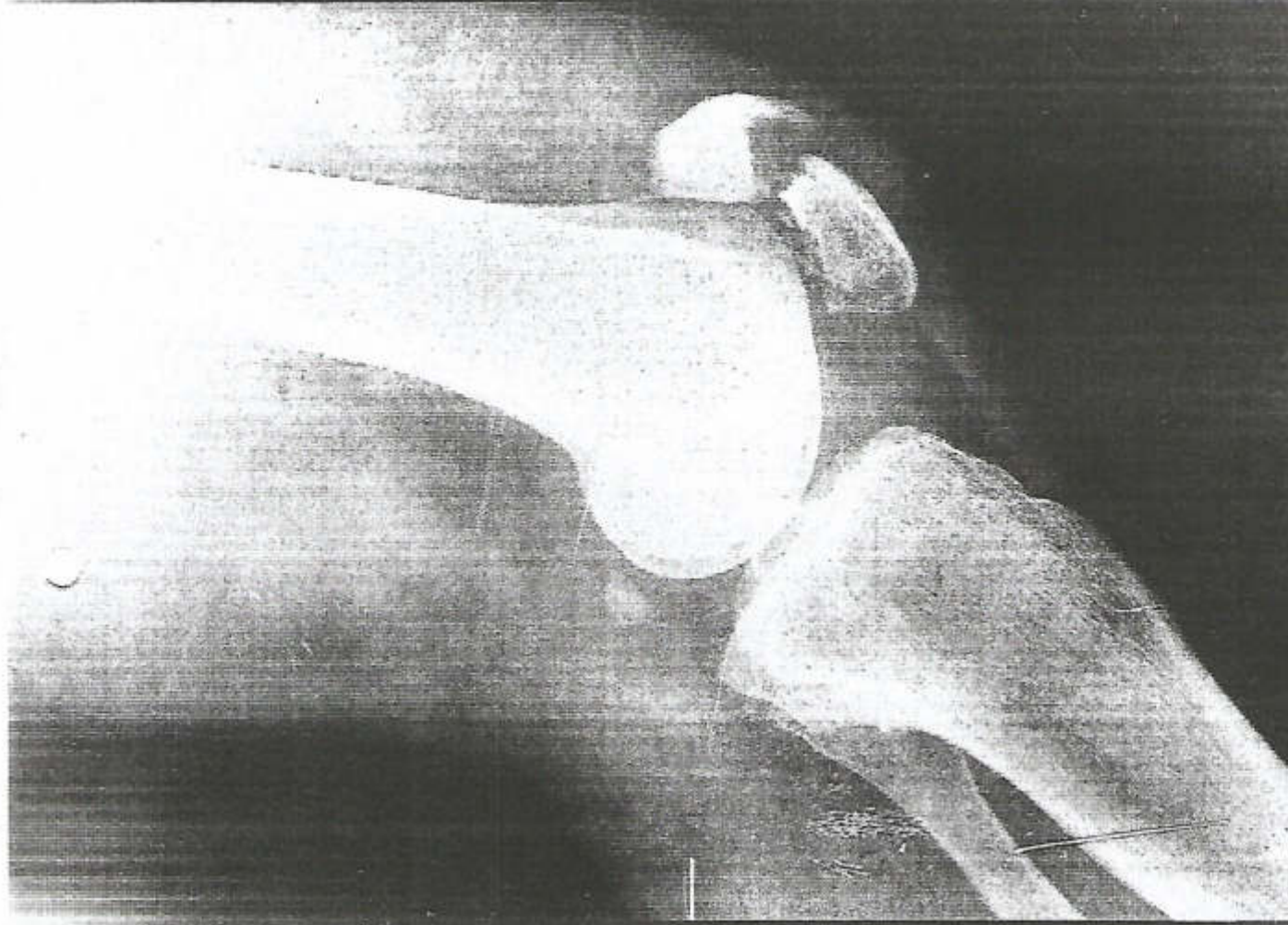
III

66.0 %

25/10/2018 14:46:21

CLEOBER KLENS PIRES

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



71.4 %

25/10/2018 14:46:21



CLEUBER KLEMS

10086

HOSPITAL CORONEL MOTA

03/09/2019

Marcos

52.0 %



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA, PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME CLSO BEN KLOM S RECEITÁRIO

LAUDO MÔNICO
Paciente ♂ 43 anos
Paciente cianótico p/ disto-
morfia de pseudomorfia de
PATERA (E) no dia 15/10/19.
Ovulado com limitação funcional
com déficit de flexão do
quadril. Dor não contribui
para a prática da
atividade física.

DATA 16/06/20

ASSINATURA

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
Título CRM-RR nº 17
Assinatura e Carimbo da TEOT-12603

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 04.013.409/0001-98
Telefone 2121 7474

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

 Polegar Direito 

Amara J. Guedes
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/2017

NOME
TELVIA SANTIAGO GUEDES

RAÇA/COR
EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

NATURALIDADE
Terezinha Silva Santiago

DATA DE NASCIMENTO
SANTARÉM - PA 18/11/1970

DOC. ORIGEM
CERTD CAS 353 FLS 153 LIV 8 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF
739.248.066-91

AMADEU ROCHA TRIANI
Membro Parlamentar do Poder Judiciário
Diretor de RDC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

P 1



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este número

SEU CÓDIGO
0126055-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Gomes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.002.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4700695

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é prevista
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAM

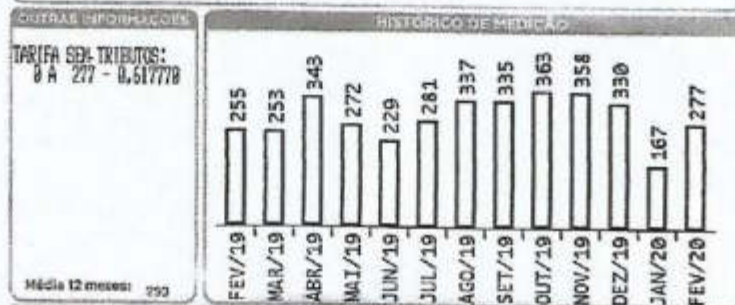
CONTA Nº	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	26/03/2020	277	254,75

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

CPF: 00005763937899

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 21265	Atual: 25/02/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 20989	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: 25/02/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 277		Modalidade: N 1624688

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	277 A R\$ 0,765725 =	212,10
CORREÇÃO MONETARIA DA 11/19-00		0,33
CORREÇÃO 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
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		25,10



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

AVISO DE DÉBITOS VENCIDOS

DÉBITOS JÁ RENOVISADOS

Informamos existirem débitos(s) vencido(s) no valor de R\$ xxxxxxxx19,24 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(m) sido renovado(s), procurar uma loja de atendimento da Roraima Energia com o(s) comprovante(s) de pagamento.

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

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO BAAB-11C1-89CS-614D-7C10-FEFE-3C4B-81D3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 114,50	Encargos: 6,48	Base de Cálculo: 212,10	ICMS: 17,00%
Contribuição: 50,15	Tributos: 40,97		PIS: 0,41%
Transmissão: 0,00			COFINS: 1,91%
			Subtotal: 30,80
			Outros: 0,87
			Total: 4,05

INDICADORES DE CONFIABILIDADE							
	EL	FC	LANO	ENCL			
Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Reajustado	4,90			3,00			3,37
Contorno	CENTRO						
			Período de aplicação: 12/2019				EUSD: 99,46

RÔT: 12.001.02.11.603050



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Gomes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.002.022-3

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 000000000126 3 05530220008 8



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 Escrevente
Av. Aldeide Teiva, 4507 - São Bráson - Boa Vista - RR
Fone: (95) 9827-3101
Zefirio@cartorio2ooficio.com.br

181372-5e44159923b1f
Reconheço por VERDADEIRA (a) firma(s)
* AMANDA KASSIA BARRETO GOMES

Em testemunho da verdade, LFS
De que deu 18. Boa Vista-RR, 12 de fevereiro de 2020.
Consulte o(s) site(s) abaixo em cidades portaiscm.com.br
REC FIR 168295VQ8X6ZTQW9CMCM511

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos: R\$ 0,55 G.I.O.: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

181372
Telmia Carvalho Barbosa dos Santos
Escrevente Autorizada

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 980199633	NOME CLOBER KLEMS PIRES		
			
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 3467988 SSP RR		
	CPF 714.271.552-91	DATA NASCIMENTO 19/08/1976	
	FILIAÇÃO VALDIR BATISTA PIRES NOELIA KLEMS PIRES		
	PERMISSÃO []	ACC []	CAT. HAB. []
	Nº REGISTRO 04883881370	VALIDADE 02/02/2020	1ª HABILITAÇÃO 04/05/2010
PRIMEIRO PLASTIFICAR 980199633	OBSERVAÇÕES		
			
	ASSINATURA DO PORTADOR		
	LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 16/03/2015	
	 AUSCELINO AUSTINCHER PEREIRA DIR. DE PRESIDENTE ASSINATURA DO EMISSOR		
DETRAN-RR (RORAIMA)			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 9934263667

VIA 01 CDB RENAVAM 00970211015 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2013

IVONET MARIA FIGUEIREDO DE CASTRO

BOA VISTA

RR

164.122.302-20

PLACA NAR0586

PLACA ANT / UF

9C2JA04208R112018

PAS/MOTONETA/NAO APLIC

COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2008

ANO MOD 2008

2P/0124CC/

CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE PRETA

I P V A COTA ÚNICA *PAGU*

VENC. COTA ÚNICA *PAGU*

VENC. COTAS 1ª *****

FAIXA LVA ** PAGO COTA ÚNICA **

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

R\$1.11

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$292.01

DATA DE PAGAMENTO 28/02/2014

AL.FID. BV FINANCEIRA S/A CFI * PROIB SA IR DA AMAZ OCID *

BOA VISTA RR

25/03/2014

RR Nº 9934263667

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013

164.122.302-20

PLACA NAR0586

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RR Nº 9934263667

EXERCÍCIO 2013

DATA EMISSÃO 25/03/2014

VIA 01 RENAVAM 00970211015

PLACA NAR0586

00970211015

HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2008

CAT TARE

9C2JA04208R112018

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

R\$129.04

DETRAN (R\$)

R\$14.34

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

IDF (R\$)

R\$1.11

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

R\$292.01

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

28/02/2014

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210690/20

Vítima: CLEOBER KLEMS PIRES

CPF: 714.271.552-91

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 13/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEOBER KLEMS PIRES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

CLEOBER KLEMS PIRES : 714.271.552-91

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: 28/07/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

Outorgante: CLEOBER KLEMS PIRES Brasileiro, Casado, inscrito no CPF: nº 714.271.552-91, residente na Rua: Romenia nº 00243, Bairro: Cauame, Boa Vista – RR, Cep nº 69.311-124 Telefone (95) 99967-7470.

VITIMA: CLEOBER KLEMS PIRES CPF: 714.271.552-91 DATA DO SINISTRO: 13/10/2018

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 Líder em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais, ou federais, ou 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 16 DE JUNHO DE 2020.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210690/20

Número do Sinistro: 3200268291

Vítima: CLEOBER KLEMS PIRES

Data do acidente: 13/10/2018

CPF: 714.271.552-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEOBER KLEMS PIRES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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: 25/08/2020

Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES

CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/08/2020

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-0210690/20

Vítima: CLEOBER KLEMS PIRES

CPF: 714.271.552-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2018

Titular do CPF: CLEOBER KLEMS PIRES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

CLEOBER KLEMS PIRES : 714.271.552-91

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: 28/07/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210690/20

Número do Sinistro: 3200268291

Vítima: CLEOBER KLEMS PIRES

Data do acidente: 13/10/2018

CPF: 714.271.552-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEOBER KLEMS PIRES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/08/2020

Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES

CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2020

Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

CPF: 020.134.582-07

TELVIA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO