

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
3344946320220117094904

Processo 0825328-52.2020.8.23.0010 ☆ - (472 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 7690 - Adimplemento e Extinção

Assuntos Secundários: 7703 - Pagamento

Nível de Sigilo: Público

Prioridade: Portador de necessidades especiais (conforme Decreto 5.296/2004 e Lei 12.008/2009)

Processos Dependentes: Há 1 processos dependentes por distribuição relacionados com este processo.

Apensamentos:  Processo: 0825328-52.2020.8.23.0010 - Procedimento Ordinário - ATIVO
 Processo: 0804386-62.2021.8.23.0010 - Procedimento Ordinário - ARQUIVADO

Selos:

Simplificar: https://simplificar.tjrr.jus.br/fluxos-da-area-judicial

Informações Gerais Informações Adicionais Partes Movimentações Apensamentos (1) Vínculos (0)

Reales

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência
Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Advogado NPJ ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor
Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à
Descrição:

101 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 101

500 por pág. ▾

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
	101	17/01/2022 09:49:04 JUNTADA DE PETIÇÃO DE INTERPOSIÇÃO DE RECURSO Cumprimento de intimação - Referente ao evento JULGADA PROCEDENTE A AÇÃO (20/12/2021)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	101.1	Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2757772RECURSODEAPELACAO01.pdf	Público
	101.2	Arquivo: Anexo - petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2757772RECURSODEAPELACAOAnexo02.pdf	Público
	101.3	Arquivo: Anexo - petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2757772RECURSODEAPELACAOAnexo03.pdf	Público
100	27/12/2021 07:44:17	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de RAIMUNDA SOUSA DA SILVA representado(a) por ANA PAULA SOUSA DA SILVA) em 21/01/2022 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 96) JULGADA PROCEDENTE A AÇÃO (20/12/2021) e ao evento de expedição seq. 98.	Helen Jeanny Falcão Gonçalves Advogado
99	23/12/2021 03:33:22	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2022 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 96) JULGADA PROCEDENTE A AÇÃO (20/12/2021) e ao evento de expedição seq. 97.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
98	21/12/2021 08:46:33	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de RAIMUNDA SOUSA DA SILVA representado(a) por ANA PAULA SOUSA DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 96) JULGADA PROCEDENTE A AÇÃO (20/12/2021)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária
97	21/12/2021 08:46:33	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 96) JULGADA PROCEDENTE A AÇÃO (20/12/2021)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária
	96	20/12/2021 18:24:21 JULGADA PROCEDENTE A AÇÃO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
95	09/12/2021 21:55:33	CONCLUSOS PARA SENTENÇA Responsável: JARBAS LACERDA DE MIRANDA	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária
	94	09/12/2021 10:58:49 JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (24/11/2021)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador



EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo n. 08253285220208230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAIMUNDA SOUSA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, apresentar seu **RECURSO DE APELAÇÃO**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 13 de janeiro de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

DIEGO PAULI
858 - OAB/RR

PROCESSO ORIGINÁRIO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA / RR

Processo n.º 08253285220208230010

APELANTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

APELADA: RAIMUNDA SOUSA DA SILVA

RAZÕES DO RECURSO

COLEND A CÂMARA,

INCLÍTOS JULGADORES,

A sentença proferida no juízo “a quo” merece ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos e fundamentada em afronta as normas legais aplicáveis.

BREVE RELATO DOS FATOS

Cuida-se o feito de ação de cobrança de seguro DPVAT, em que o recorrido, alega na peça vestibular ter sofrido acidente de trânsito em 02/02/2017.

Aduz ainda, que, em razão do sinistro noticiado nos autos é portador de invalidez permanente, tendo se submetido a exame pericial.

Por fim, em razão da suposta invalidez adquirida, o recorrido, ajuizou a presente lide pleiteando verba indenizatória do Seguro DPVAT.

Entendeu o Nobre Juiz *a quo*, em acolher parcialmente o pedido inicial, ultrapassando todas as teses lançadas na defesa da Demandada, assim, julgou a lide parcialmente procedente, em desfavor da Recorrente, condenando-a a indenizar a parte Apelada, a título de seguro DPVAT, nos seguintes termos:

III - DISPOSITIVO:

Em face do exposto, por tudo que dos autos constam, nos termos da fundamentação retro, e artigo 487, I do Código de Processo Civil **para no mérito julgar parcialmente procedente o pedido** do(a) autor(a) para condenar a parte requerida ao pagamento da quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), acrescida de correção monetária a partir da data do fato ilícito (data do evento danoso)¹, com base na Tabela de Atualização do TJ/RR e com juros legais desde a data da citação², extinguindo-se o processo com resolução de mérito.

Condeno a(s) parte(s) sucumbente(s), ao pagamento das custas no valor de R\$ 284,35 (duzentos e oitenta e quatro reais e trinta e cinco centavos), e demais despesas processuais, bem como em honorários advocatícios, estes na ordem de 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação (CPC: Artigo 85, § 2º, I, II, III e IV). Certifique o Cartório o trânsito em julgado da decisão.

Data vênia, não houve com o habitual acerto o Ilustre Magistrado *a quo*, pois, conforme se passa a demonstrar, a r. Decisão não guarda sintonia com as questões de fato e de direito ventiladas nos autos.

DA AUSÊNCIA DE INTIMAÇÃO DO MP – INTERESSE DE INCAPAZ

É irrefutável, que nos casos em que há interesses de incapazes sendo discutido em determinada demanda, deve ser aberto vista ao Ministério Público, órgão fiscalizador da Lei, para que se pronuncie sobre a necessidade de sua intervenção.

Cumprido informar, no caso dos autos, a autora é incapaz, e figura representado por sua curadora, contudo, não se observa menção a este respeito na sentença prolatada.

Urge ressaltar, a necessidade da prática deste ato, de intimação do MP, não por uma faculdade, mas um comando imposto pelo Código de Processo Civil, que traz inclusive, quando ausente tal intimação, uma possibilidade do reconhecimento de uma nulidade.

Ante a patente necessidade de intimação do Ministério Público para fins de atender ao disposto nos artigos 178, II c/c 279 do CPC.

DA IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO

Inicialmente cumpre informar que mediante análise dos autos verifica-se que o **NÃO HÁ NOS AUTOS PROCURAÇÃO OU SUBSTABELECIMENTO OUTORGANDO PODERES PARA ADVOGADO QUE ASSINOU ELETRONICAMENTE A PETIÇÃO INICIAL.**

Vejamos o entendimento do STJ:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. AUSÊNCIA DE INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO OU SUBSTABELECIMENTO DA ADVOGADA SUBSCRITORA DO RECURSO. RECURSO ASSINADO ELETRONICAMENTE. IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 115/STJ.

1. "A prática eletrônica de ato judicial, na forma da Lei n. 11.419/2006, reclama que o titular do certificado digital utilizado possua procuração nos autos, sendo irrelevante que na petição esteja ou não grafado o seu nome" (AgRg no REsp1.347.278/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, CORTE ESPECIAL, julgado em 19/6/2013, DJe 1º/8/2013.).

2. Nos termos da jurisprudência do STJ, a identificação de quem peticiona nos autos é a proveniente do certificado digital, independentemente da assinatura que aparece na visualização do arquivo eletrônico.

3. "A juntada posterior do instrumento de procuração ou substabelecimento não tem o condão de sanar o vício contido no recurso manejado, ante a inaplicabilidade dos arts. 13 e 37 do CPC no âmbito dos recursos excepcionais. Precedentes da Corte Especial e da 1ª Seção do STJ" (AgRg no REsp 1.450.269/RJ, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/11/2014, DJe 2/12/2014.).

AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 724.319 – BA (2015/0134460-5)

Neste sentido é importante consignar que referido documento é de suma importância a esses autos, eis que, para que a representação da parte seja válida é necessária à outorga de mandato.

Diante do exposto, em face da irregularidade na representação processual da parte autora requer intimação da mesma para sanar o vício ora anunciado.

PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO

Ab initio, mister ressaltar que o prazo prescricional para ajuizamento da presente ação é de três anos, segundo preceitua **artigo 206, § 3º, IX, do Código Civil**, sendo este prazo ratificado pelo Superior Tribunal de Justiça desde 2009 através da **Súmula 405**.

A parte autora alega ter sofrido acidente de trânsito em 02/02/2017, ficando debilitada de forma permanente.

Merecedor de destaque o Verbete Sumular nº 229 do Superior Tribunal de Justiça, o qual assevera que o pedido administrativo **suspende o prazo prescricional**.

No entanto **NÃO** é o caso dos autos tendo em vista que o pedido administrativo se deu em 03/07/2020 **porém já havia passado o prazo prescricional, ou seja, a autora tinha até 02/02/2020 para entrar com o pedido administrativo, fazendo somente estes 5 meses após o prazo prescricional**.

Deste modo, verificou-se no caso em epígrafe a ocorrência da prescrição da pretensão da parte Apelante ao recebimento do Seguro, considerando que o acidente ocorreu na data de **02/02/2017**, ao passo que o pedido administrativo ocorreu no dia **03/07/2020**, conforme pode se comprovar através de simples análise do processo administrativo, transcorrendo entre os dois marcos, o prazo de **3 ANOS E 5 MESES**.

Destarte, pugna-se pela reforma da n. Sentença, por estar absolutamente prescrita a pretensão da Apelante.

DA CIÊNCIA INEQUÍVOCA – DISTORÇÃO DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 278 DO STJ

Destaca-se que o caso em tela não comporta o afastamento da prescrição em razão da aplicação da súmula 278 do STJ, visto que, em situação diametralmente oposta do que é alegado, percebe-se pelos documentos dos autos, que a vítima não submeteu-se a tratamento permanente e contínuo com vistas à recuperação da lesão acometida em virtude do acidente.

Corroborando com o alegado, somente são juntados na exordial documentos médicos da época em que o mesmo sofreu acidente, deixando de acostar laudos que comprovem que este ficou em tratamento contínuo até a suposta ciência inequívoca do caráter permanente da invalidez.

Imperioso ressaltar que o simples fato da parte Apelante ter se submetido a uma nova perícia, não pode dar ensejo à renovação do prazo prescricional, sob pena de esvaziar o instituto da prescrição, tornando a ação de cobrança de seguro DPVAT, imprescritível, mormente por estar em discussão indenização por invalidez **permanente**.

Forçoso assinalar que a simples alegação de que a “ciência inequívoca” se deu tanto tempo após o fato, abrirá precedentes para que, qualquer indivíduo ajuíze demandas no judiciário com sua pretensão prescrita, bastando apresentar um novo laudo do IML, alegando que sua ciência se deu nesta data.

Ademais, não é crível nem verossímil que, após ter sofrido um acidente que resultou graves lesões e sequelas permanentes, conforme alega a parte Apelante, somente após o decurso de tanto tempo é que tenha se dado conta do verdadeiro efeito das lesões sofridas e suas consequências.

Diante do exposto, e por tudo mais que dos autos consta, irremediável o afastamento da súmula 278 do STJ, haja vista a carência probatória do tratamento contínuo, razão pela qual merece reforma a r. sentença.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Apelante no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “*a quo*”, dando provimento ao presente recurso, para:

Ex Positis, **requer seja acolhida a prejudicial de mérito arguida na presente peça recursal, com a consequente extinção do feito com resolução do mérito**, nos termos do art. 485, V, CPC, haja vista a Prescrição da pretensão da Apelada.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 13 de janeiro de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

DIEGO PAULI
858 - OAB/RR

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na **858 - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RAIMUNDA SOUSA DA SILVA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08253285220208230010.

Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 2022.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

1234

1

Art.

206

Prescreve:

§

3ºEm

3

(três)

anos:

IX - a pretensão do beneficiário contra o segurador, e a do terceiro prejudicado, no caso do seguro de responsabilidade civil obrigatório

² Súmula 405 STJ: "A ação de cobrança do seguro obrigatório (DPVAT) prescreve em três anos"

³xSTJ, A.I nº 1.375.362 – MT, Relator Ministro Raul Araújo, julgamento 30/11/2011 “**RECURSO DE APELAÇÃO - DECISÃO MONOCRÁTICA - RECONHECIMENTO DE PRESCRIÇÃO – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - SÚMULA Nº 405 DO STJ - PRAZO DE 03 (TRÊS) ANOS ART. 206, § 3º, IX, DO CC/2002 - SÚMULA Nº 297 DO STJ - INAPLICABILIDADE NO CASO CONCRETO -PRESCRIÇÃO OCORRIDA ANTES DO INÍCIO DE QUALQUER EXAME PERICIAL - IMPOSSIBILIDADE DA PRESCRIÇÃO FICAR DEPENDENTE DE AÇÃO POTESTATIVA DA VÍTIMA – VONTADE DE SE SUBMETER OU NÃO AO EXAME – RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.**”

⁴PROCESSO CIVIL- APELAÇÃO - AÇÃO DE COBRANÇA - DPVAT- ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 07 DE JUNHO DE 2008 - INÍCIO DA CONTAGEM DO PRAZO PRESCRICIONAL - DATA DO FATO - PRAZO TRIENAL OCORRÊNCIA DA PRESCRIÇÃO - RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO. 1. Deve-se aplicar ao caso em análise o prazo prescricional previsto para o seguro de responsabilidade civil obrigatório.2. Ausente a comprovação de tratamento continuado da debilidade física ou o pagamento administrativo, a contagem do prazo prescricional tem início a partir da data do fato.3. Entre a data de propositura da ação e o fato, passaram-se quase 04 (quatro) anos. De acordo com o novo Código Civil, portanto, deve ser aplicado ao caso em tela o prazo de 3 (três) anos, constante no art. 206, § 3º, IX do novo Código Civil, restando configurada a prescrição.4. Recurso a que se dá provimento.



86620000000-2 49910574106-4 02022011800-2 10220070685-5

GUIA DE ARRECAÇÃO JUDICIÁRIA

Órgão: FUNDO ESPECIAL DO PODER JUDICIÁRIO DE RORAIMA	CNPJ: 05.741.060/0001-89	Agência: 3797-4	Conta: 51669-4	Valor do Documento: R\$ 49,91	Vencimento: 18/01/2022
Comarca: BOA VISTA	Nº G.A.J.: 010.22.0070685	Valor da Causa: R\$ 13.500.00	Processo: 0825328-52.2020.8.23.0010		
Contribuinte: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvt S/a				CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04	

Autenticação Mecânica



86620000000-2 49910574106-4 02022011800-2 10220070685-5

GUIA DE ARRECAÇÃO JUDICIÁRIA

Órgão: FUNDO ESPECIAL DO PODER JUDICIÁRIO DE RORAIMA	CNPJ: 05.741.060/0001-89	Agência: 3797-4	Conta: 51669-4	Valor do Documento: R\$ 49,91	Vencimento: 18/01/2022
Comarca: BOA VISTA	Nº G.A.J.: 010.22.0070685	Valor da Causa: R\$ 13.500.00	Processo: 0825328-52.2020.8.23.0010		
Contribuinte: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvt S/a				CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04	

Descrição das receitas

01. APELAÇÃO
02. Taxa Judiciária II

Valor R\$

R\$ 19,91
R\$ 30,00

OBS.:
**PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCO DO BRASIL OU PAP – CORRESPONDENTE BANCO DO BRASIL
CASO A PARTE SEJA AMPARADA POR SIGILO PROCESSUAL, O CONTRIBUINTE DEVERÁ PROVAR, OBRIGATORIAMENTE,
NO PROCESSO DE ORIGEM DESTES PAGAMENTOS, AS INFORMAÇÕES DE QUITAÇÃO DESTA GUIA COM A JUNTADA DE
COMPROVANTE BANCÁRIO CONTENDO O CÓDIGO DE BARRAS DA GUIA.**

R\$ 49,91

Autenticação Mecânica



Guia - Ficha de Compensação

Nº DA PARCELA	DATA DO DEPÓSITO		AGÊNCIA (PREF / DV)	Nº DA CONTA JUDICIAL
	05/01/2022		0	0
DATA DA GUIA	Nº DO PROCESSO			
05/01/2022	08253285220208230010			
UF/COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
RR	Vara Cível	RÉU	49,91	
NOME DO RÉU/IMPETRADO	TIPO DE PESSOA		CPF / CNPJ	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	Jurídica		09248608000104	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE	TIPO DE PESSOA		CPF / CNPJ	
RAIMUNDA SOUSA DA SILVA	FÍSICA		51535335220	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
90ED523D97B07ACC				
CÓDIGO DE BARRAS				
86620000000 2 49910574106 4 02022011800 2 10220070685 5				

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200237177

Vítima: RAIMUNDA SOUSA DA SILVA

Data do Acidente: 02/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDA SOUSA DA SILVA

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

515.353.352-20

Nome completo da vítima

Raimunda Sousa da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ana Paula Sousa da Silva		CPF titular da conta 002.117.832-18	Profissão Servidora Pública
Endereço R. Prof. Helio Campos		Número 546	Complemento
Bairro Serra Helio Campos	Cidade Boa Vista	Estado RR	CEP 69300-000
Email adilaine_walter@outlook.com		Telefone (DDD) 95991326300	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ	D/V	CONTA NRQ	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
Banco do Brasil	001
AGÊNCIA NRQ	CONTA NRQ
4263-	58349
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista - RR 26 de fevereiro de 2019
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

515.353.352-20

Nome completo da vítima

Raimunda Sousa da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ana Paula Sousa da Silva		CPF titular da conta 002.117.832-18	Profissão Servidora Pública
Endereço R. Prof. Heleio Carlos		Número 546	Complemento
Bairro Senador Heleio Campos	Cidade Boa Vista	Estado RR	CEP 69300-000
Email edilaine_escritorio682@outlook.com			Telefone (DDD) 95991326800

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

NRO

001

AGÊNCIA

NRO.

D/V

4263-

3

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

58349

9

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista - RR 26 de fevereiro de 2019

Local e Data

Jenniffer da Silva Sodré

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Eletronic use only / Apenas uso eletrônico



Ourocard

International



4001 7859 2907 6146

4001

GOOD
THRU

10/21

ANAP SOLSA SILVA

4263-3

58.349-9

VISA

Electron

02/02/2017

Guia de Atendimento 02

UTIU

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

H.C. 2017

1700719181 02/02/2017 10:30:07 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 13

Paciente: RAMUNDA SOUSA DA SILVA Data Nascimento: 15/10/1970 Idade: 46 A 3 M 18 D CNS: 07 0058 9389 CPF: 51535335220 Prontuário: 155.531

Tipo Doc: Documento: 180244 Órgão Emissor: SSPRR Data Emissão: 03/10/2016 Sexo: F Estado Civil: UNIAO Raça/Cor: PARDA Naturalidade: SANTAREM - PA Contato: (35) 99117-8504 Ocupação:

Mãe: MARIA MODESTO DE SOUSA Pai: FRANCISCO MODESTO DE SOUSA

Endereço: RUA - S-23 - 1689 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: 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:

Sotor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: ROLSE LIMA

Queixa Principal: () Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC: 1234 RV: 12345 MI-V: 123456 TOTAL: 5

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h):
Lesão intima de acidente de motocicleta
TCB e trauma de face

Exame Físico: Examinado

Hipótese Diagnóstica: TCB + trauma de face

SADT - Exames Complementares: () RAO-X () ULTRA-SON () TCC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) - Cefotina 2 g (iv)		
2) - Gentamicina 3 ml (iv)		
3) - Promedol 3 ml (iv)		
4) - Vacina anti-TETANICA 0,5 ml (im)		

Conduta: () Alta por Decisão Médica () Ambulatório () Alta a Pedido () Observação (Até 24h) () Alta a Revolução () Internação () Transferência para: Data e Hora da Saída:

óbito: Arrol do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () AM () Serviço Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo: Assinatura do Médico: 18 FEV 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

515.353.352-20

Raimunda Sousa da Silva

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

Nome completo:

Am. Paula Sousa da Silva

CPF:

002.117.832-18

Profissão:

Func. Pública

Endereço:

R: Prof. Helcio Cardoso

Número:

546

Complemento:

Bairro:

Senador Helio Campos

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69300-000

E-mail:

fernandes.sodre@gmail.com

Tel. (DDD):

9599333315

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4263

3

CONTA:

55349

9

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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.

Local e Data:

Boa Vista, RR

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:
 CPF da Vítima: 515.353.352-20
 Nome completo da vítima: Raimunda Sousa da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Ana Paula Sousa da Silva
 CPF titular da conta: 002.117.832-18
 Profissão: Servidora Pública
 Endereço: R. Prof. Helio Campos
 Número: 546
 Complemento:
 Bairro: Senador Helio Campos
 Cidade: Boa Vista
 Estado: RR
 CEP: 69300-000
 Email: sedilaine_weston682@outlook.com
 Telefone (DDD): 95991326800

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
 Banco do Brasil 001
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 4263-3 58349 9
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista - RR 26 de fevereiro de 2019
 Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

515.353-352-20

Nome completo da vítima:

Raimunda Sousa da Silva

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

Nome completo:

Raíssa Paula Sousa da Silva

CPF:

002.117.832-18

Profissão:

Funcionária Pública

Endereço:

R. prof. Helcio Carlos

Número:

546

Complemento:

Bairro:

São João, Heli Campos

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.300-000

E-mail:

edilaine_escritorio682@outlook.com

Tel. (DDD):

95991118315

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA:

58349

9

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que **assinale uma das opções**:

☐ 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.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.

Local e Data:

Boa Vista, RR 26 fevereiro 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Raíssa Paula Sousa da Silva
Compromissado(a)

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jennifer da Silva Soares Inscrito (a) no CPF/CNPJ 02303872251 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimunda Sousa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 515353352 / 20, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Raimunda Sousa da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 515353352 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: Professor Dionísio Santo União</u>		Número <u>303</u>	Complemento <u>Galvina Altamira</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69301260</u>
Email <u>verulane-escribano682@atlook.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>95991326800</u>	Telefone celular (DDD) <u>95930862518</u>

Boa Vista RR 22 de 02 de 2019
Local e Data

Jennifer da Silva Soares
Assinatura do Declarante

UTII

- Guia de Atendimento 02 -

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

Paciente: **RAMUNDA SOUSA DA SILVA**
 Tipo Doc: Documento
 IDENTITY: 180244
 Mãe: MARIA MODESTO DE SOUSA
 Endereço: RUA - S-23 - 1689 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA
 Data Nascimento: 15/10/1970
 Idade: 46 A 3 M 18 D
 Data Emissão: 03/10/2016
 Sexo: F
 Estado Civil: UNIAO
 Raça/Cor: PARDA
 Nacionalidade: SANTAREM - PA
 Contato: (95) 99117-8504
 Ocupação:

CNS: 0100081378
 CPF: 51535135220
 Prontuário: 155.551
 C57

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
 Plano Convênio: N° da Carteira: Validado: Autorização: Sis. Prontuário:
 Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
 Caracter do Atendimento: URGÊNCIA
 Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
 Sotor: GRANDE TRAUMA
 Tipo de Chegada: Procedimento Sol.: Registrado por: ROL SE LIMA
 SAMU CAPITAL

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

Anamnese de Enfermagem

GSC
 AC: 234 IV: 2345 MI: 123456
 TOTAL: 5

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Lesão intima de acidente de motocicleta
 TC E trauma de face
 Estabelecida

Hipótese Diagnóstica

TC E + trauma de face

SADT - Exames Complementares

☒ RAO-X ☐ ULTRA-SOM ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1- Cefotaxima 2 giv

2- Gentamicina 5 ml iv

3- Paracetamol 3 ml iv

4- Vacina anti-tetânica 0,5 ml (im)

11:45h

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Renda☐ Transferência para☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Informação

Data e Hora da Sessão

óbito

Aviso do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Renda
☐ Transferência para

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: route Lima
 Data Hora: 02/02/2017 10:21:28

15 FEB 2017



150415181

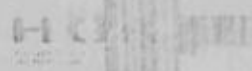
02/02/2017

VHEIRO

UTIL

Guia de Atendimento 02

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



17007/19181

02/02/2017 16:30:07

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

13

Paciente: **RAIMUNDA SOUSA DA SILVA**
Tipo Doc: **IDENTIDAD** Documento: **180244** Órgão Emissor: **SSPRR**
Mãe: **MARIA MODESTO DE SOUSA**
Endereço: **RUA - S-23 - 1689 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR**
Data Nascimento: **15/10/1970** Idade: **46 A 3 M 18 D** CNS: **3070587339** CPF: **51535335220** Prontuário: **155.33**
Data Emissão: **03/10/2016** Sexo: **F** Estado Civil: **UNIAO** Raça/Cor: **PARDA** Naturalidade: **SANTAREM - PA**
Pai: **FRANCISCO MODESTO DE SOUSA** Contato: **(95) 99117-8504** Ocupação:

Class. de Risco: **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: **ROLSE LIMA**

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

Anamnese de Enfermagem

GSC: **AC: 1234 RV: 12345 MI-V: 123456** TOTAL: **5**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

*Lesão intima de acidente de motocicleta
TCB e trauma de face*

Exame Físico

Hemiparesia

Hipótese Diagnóstica

TCB + trauma de face

SADT - Exames Complementares

☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TCC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) - Cefotaxima 2 g IV
2) - Paracetamol 3 ml IV
3) - Dexametasona 3 mg IV
4) - Vacina anti-TETANICA 0,5 ml (IM)

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revolta
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Aló 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída:

óbito

Alta do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

☐ Alta Convencional
☐ Alta Geral
☐ Alta Médica



COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE NOVA BRASÍLIA
CNPJ: 08.328.475/0001-18
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 38.000.179-11
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 70.500-010

0000 280 9520
CAER

Métrica: 550566

Junho/2018

Cliente:

ANA PAULA SOUSA DA SILVA

Endereço do Imóvel:

RUA PROF HELCIO CARLOS, 546 - SENADOR HE
LIO CAMPOS BOA VISTA RR 69300-000

Inscrição

001.028.365.0194.000

Rota
19

Seq. Rota
4976

Economias
Residencial
1

Hidrometro

00153794

Data de Instalação
18/03/2014

Situação Água
LIGADO

Situação Esgoto
LIGADO

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT. 90

100

10

32

LEITURA INF.

DT. LEITURA 03/05/2018 04/06/2018

ULTIMOS CONSUMOS

201805 10-17
201804 10-17
201803 10-17
201802 10-17
201801 10-17
201712 10-17

MEDIA 10

Quantidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5442 / 2005 Q.M					
ANÁLISE	CLORO	TURBID. DEZ	ODR	C.TOTAL (B)	P.OCL (L)
EDUQUIN	168	168	168	168	168
ANILISINHO	177	177	177	177	177
CONCEIÇÃO	169	177	177	177	177

DESCRICAÇÃO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

VENCIMENTO:

15/07/2018

TOTAL A PAGAR

42,89



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
550566	06/2018	15/07/2018	42,89

82640000000- 4 42890004001- 8 00055056601- 2 06201870003- 9



IMPRIMISSO EM: 04/06/2018 11:57:13

Via do Cliente

Via do CAER



CAER
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE NOROESTE

ATENDIMENTO
CAER
0800 280 9520

Matrícula: 550566

Junho/2018

Cliente:

ANA PAULA SOUSA DA SILVA

Endereço do Imóvel:

RUA PROF HELCIO CARLOS, 546 - SENADOR HE
LIO CAMPOS BOA VISTA RR 69300-000

Inscrição

001.026.365.0194.000

Rota
19

Seq. Rota
4976

Economias
RESIDENCIAL
1

Hidrômetro
00153794

Data de Instalação
18/03/2014

Situação Água
LIGADO

Situação Esgoto
LIGADO

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT. 90

100

10

32

LEITURA INF.

DT. LEITURA 03/05/2018 04/06/2018

ULTIMOS CONSUMOS

201805 10-17

201804 10-17

201803 10-17

201802 10-17

201801 10-17

201712 10-17

MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 Q.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	S. COLI
EXIGIDAS	168	168	168	168	168
ANALISADAS	177	177	177	177	177
CONFORMES	169	177	177	177	177

DESCRICAO

CONSUMO TOTAL(R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

10 M3

23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

VENCIMENTO:

15/07/2018

TOTAL A PAGAR

42,89

IMPRESSO EM: 04/06/2018 11:57:13

Via do Cliente



MATRICULA

REFERENCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

550566

06/2018

15/07/2018

42,89

82640000000- 4 42890004001- 8 00055056601- 2 06201870003- 9



Via do CAER

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
Hospital Geral de Roraima

RELATÓRIO MÉDICO DE ALTA

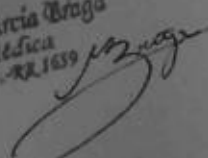
Paciente RAIMUNDA SOUSA DA SILVA, DN: 15/10/1970, 46 anos, deu entrada no HGR em 02/02/2017 devido a acidente de trânsito com trauma crânio encefálico (TCE), trauma de face e contusão pulmonar, realizou craniectomia descompressiva de urgência e recebeu suporte intensivo até estabilização do quadro, evoluiu com pneumonia (PNM) associada a ventilação mecânica. Na enfermaria evolui com melhora da PNM, realizou correção cirúrgica de fratura de mandíbula, está com gastrostomia (GTT), foi retirada traqueostomia (TQT) metálica, mantém quadro de sequela de TCE, apresentou 1 episódio convulsivo.

Recebe alta hoje em bom estado geral, eupneica em ar ambiente, afebril, em alimentação via GTT, com curativo em local de TQT, com sequela de TCE, sem função cognitiva ou interação com o meio, apresenta espasticidade, sem foco infeccioso ativo, sem alterações laboratoriais (Hb 15, Ht 44%, Plq 198.000, Leu 5.130 Neu 51% Linf 40%, Creat 0.46, Ur 31, Glic 82, PCR 2.39).

Entrego receita médica (fenitoína, baclofeno, captopril, propranolol), oriento cuidados e alimentação em domicílio, encaminhamento ao ambulatório de neurocirurgia e ao serviço de fisioterapia, entrego exames de imagem com laudo.

Boa Vista, 28 de junho de 2017.

Dra. Márcia Braga
Médica
CRM-RR 1639



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95)2121-0615

SAMU 192
 Em 12/04/19
 Stephanie
 FRC 192

DESTINO	☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSCA ☐ Maternidade ☒ Outros
---------	--	--

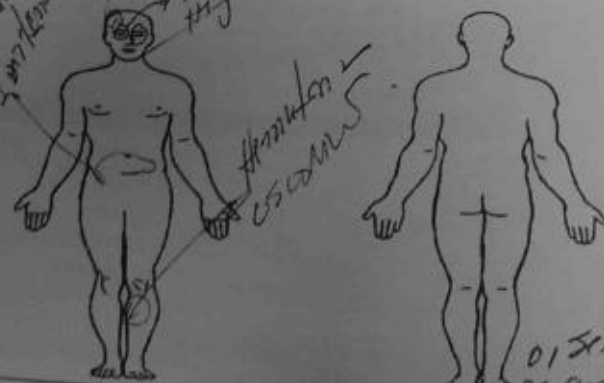
TERMINO DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSADO	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade. Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

10:15 vítima do acidente de moto em confronto com um veículo particular, apresentando lesões na cabeça com fratura de crânio, realização de exame primário, com o intuito de avaliar o estado de saúde e a lesão que a vítima sofreu no corpo de SAV. vítima com lesões extensas e lesões de contusão, que permanecem em

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala				
Abertura dos olhos	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (por min)	10 - 24	4	Escala de Glasgow
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 09	1	
Resposta Verbal	Orientado	Resposta	5	Pressão Arterial (mmHg)	0	0	Escala de Glasgow
	Confuso	Choro irritado	4		> 90	4	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		70 - 89	3	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69	2	
Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1	Escala de Glasgow	01 - 49	1	Escala de Glasgow
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		0	0	
	Localiza a dor	Retira-se do toque	5		14 a 15	5	
	Flexão normal	Retira-se da dor	4		11 a 13	4	
Resposta Motora	Flexão anormal	Flexão normal	3	Escala de Glasgow	8 a 10	3	Escala de Glasgow
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		5 a 7	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		3 a 4	1	
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			

Lesão na cabeça com fratura de crânio. Hemorragia no nariz. TCE GRAVE

* Foi utilizado o protocolo de guel.



Márcio Glebe da Silva Pereira
 Têc. Enfermagem
 COREN-RR 814-545

IG p/ semana: _____ Perda de líquido: _____ Com cartão Sem cartão	Movimentos fetais: _____ BCF: _____	MATERIAL E MEDICAÇÃO 06 garrafas de soro fisiológico 02 garrafas de água 02 compressas 04 pedras de gelo 01 curativo adesivo 01 spray analgésico
---	--	--

propriedade: recentemente
0109 Brasileira

SAMU 192-19
CONFÉRMICA
ORIGINAL
Em 12/04/19
Stephanie
RUBIO

FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: SAV Equipe: Stephanie, Alton, Kelly, Fabiana
Paciente: Reconhecido Raimundo Roberto Silva + 98 Sexo: Fem
Endereço: Alameda Roy - São Vicente Soroca
Nº: 1727 DATA: 02/02/17 HORA: 9:51
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dr. Wilson 5110-9:56

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA		VIOLENCIA	OUTROS
AUTOMÓVEL ☐ Condutores ☐ Passageiros ☐ Colisão ☐ Queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão	MOTO ☐ Condutores ☐ Passageiros ☐ Colisão ☐ Queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão	☐ Fáb ☐ PAF ☐ Esparramento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro	☐ Ao. De Trabalho ☐ Queda, Altura aguda ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Aguda ☐ Agredido por animal ☐ Outro

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Avul. Hematológica
☒ Dispneia ☒ Bradipneia ☒ Taquipneia ☒ Resp. Ruidosa ☒ Obstrução ☒ Apnéia ☐ Outro	☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hiperinfloração ☐ Mucosidade ☐ Flegma Agudo ☒ <u>Respiratória Per</u> <u>torax Faccial</u> <u>Sore</u>	☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Arritmia ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente ☒ <u>SLA</u>	☒ AVON ☐ Mucosa ☐ Mucosa ☐ Anosmia ☐ Otite ☐ Otite ☐ Rinite ☐ Aparelho auditivo DNR

Hora	P.A. mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	<u>130</u>	<u>101</u>	<u>18</u>	<u>99</u>				
Fim	<u>83</u>	<u>87</u>	<u>18</u>	<u>99</u>				

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdomen
☒ Corada ☒ Quente ☒ Pálida ☒ Fria ☒ Úmida ☒ Seca ☒ Claudicante	☒ Contusão ☒ Escoriações ☒ Lacerações ☒ Hematomas ☒ Atordamento ☒ Per. ☒ Penetrante	☒ Contusão ☒ Escoriações ☒ Lacerações ☒ Ferimento ocular	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematomas ☐ Devido da traqueia ☐ Enfase Sub-Cutâneo	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. peritórax ☐ Tampocando	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distensão ☐ Em tórax ☐ Distensão ☐ Escoriações

Pelve	Coluna Dorsal	Membros	Fratura
☒ Contusão ☒ Escoriações ☒ Dor ☒ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematomas ☐ Dor	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações	☒ Fratura ☒ Amputação

Sistema Circulatório	Sistema Respiratório	Sistema Digestivo	Sistema Urinário
☒ Ritmo Sinusal ☒ Taquicardia ☒ Bradicardia ☒ Fibril	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Asistolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardíaca ☐ Alcool	☐ Digestiva ☐ Infecção ☐ Obstrução ☐ Pediculosa ☐ Outra

Lesão	Lesão Severa	Lesão Moderada	Lesão Leve
☒ Lesão Severa	☐ Lesão Moderada	☐ Lesão Leve	☐ Lesão Leve

Encaminhamento	Múltiplos Meios Acionados	Dados Pessoais da Vítima
☐ Encaminhamento Recusa de Atendimento Não se encontra no local Recusa de hospitalização Tela Bombardeio no local	☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiros ☐ Outros	☐ Encadeia ao ☐ Termo ao ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Oito

DESTINO	☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros
	12/04/19 Stephanie	

TERMO DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSADO	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

Paciente Vitima de acidente de trânsito com Trauma Facial e Cerebral apresentando hematomas da base Frontal Temporal e Parietal direita sem de Fratura c. Secundária e Massetérica Paciente Grosseira com Glasgow (3) Hemodinamicamente instável

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala				
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		10 - 24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		> 36	2	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 09	1	
Resposta Verbal	Orientado	Resposta	5		0	0	
	Confuso	Choro irritado	4		> 90	4	
	Palavras inapropriadas	Choro e dor	3		70 - 89	3	
	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2		50 - 69	2	
Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1		01 - 49	1	
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		0	0	
	Localiza a dor	Retira ao toque	5		14 a 15	5	
	Flexão normal	Retira a dor	4		11 a 13	4	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		8 a 10	3	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		5 a 7	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		3 a 4	1	

SCV: 5/5
 AR: 5/5
 AB: 5/5
 Ext 5/5

Trauma Facial com hematomas Frontal Temporal e Parietal e de Fratura do maxilar e da mandibula



Dr. João R. E. F. F. F. F.
 MÉDICO CRM 123
 02 FEV. 2017

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	01 xélex 18, equipo uacero sel 500 ml, isparacidoxyso, O2
Perda de líquido: _____	BCF: _____	
☐ Com cartão ☐ Sem cartão		

A3/A4

B4/B5

A4

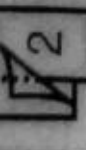
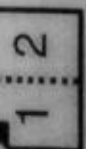
B5



FRONT

A3

B4



B4/B

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

JENNIFER DA SILVA SODRE

DOC EXISTENTE / ORG. EMISSORA
3582035 SSP RR

CPF 023.038.722-51 DATA NASCIMENTO 06/08/1996

RELACÃO

JANIO DA SILVA SODRE

ROSEANE DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT HAB AB

IF REGISTRO 06316560881 VALEZADE 13/03/2024 P HABILITAÇÃO 06/03/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL BOA VISTA, RR DATA DE EMISSÃO 13/03/2019

88481802410
RR209501065

ROO GOMES BRASIL
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1831222590

PROIBIDO PLASTIFICAR
1831222590

PROCURAÇÃO

Outorgante: RAIMUNDA SOUSA DA SILVA, brasileira, aposentada, inscrita no CPF: 515.353.352-20, e no RG: 180244 SSP/RR, representada por sua curadora : ANA PAULA SOUSA DA SILVA, brasileira, solteira, servidora publica, inscrita no CPF: 002.117.832-18, e no RG: 309749-8SSP/RR, residente na Rua: Professor Hécio Carlos, Nº546, Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, constitui:

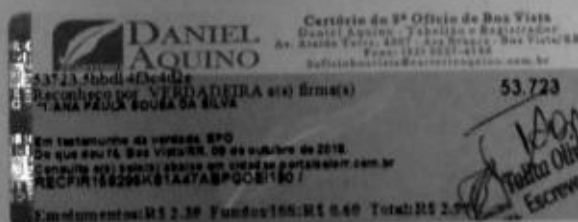
Outorgado: JENNIFER DA SILVA SODRE, brasileira, solteira, inscrita no CPF: 023.038.722-51 e no RG: 358203-5 SSP/RR, residente nesta capital na rua Prof. Diomedes, nº 103, bairro Centro.

PODERES: Ao qual confere para o foro em geral, com cláusula *ad judicial* de ações, usar de todos os recursos em direito permitidos, transigir, receber valores, dar quitação, desistir, firmar compromissos, receber e emitir documentos, enfim praticar todos os atos necessários ao fiel desempenho desta procuração e aos poderes nela conferidos, podendo ainda substabelecer com reservas de poderes para atuar administrativamente junto a POLICIA CIVIL E MILITAR para requer boletim de ocorrência, e junto ao SAMU E HOSPITAL GERAL DE RORAIMA- HGR, para requerer prontuário medico e relatório de atendimento.

Boa Vista, RR, 15 de Agosto de 2018.



Ana Paula Sousa da Silva
ANA PAULA SOUSA DA SILVA
Outorgante



**CARTÓRIO DO
2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO LIO CRUZ





Polegar Direito

Ana Paula Sousa da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 309749-8

DATA DE EXPEDIÇÃO 03/11/2015

NOME ANA PAULA SOUSA DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO LEONES CARDOSO DA SILVA

RAINUNDA SOUSA DA SILVA

NATURALIDADE 80A VISTA - RR

DOC. ORIGEM CERTO NASC 83182 FLS 161 LIV A/122

1 OF 80A VISTA-RR

CPF 002.117.832-18

AMADEU ROCHA TRIANI

DATA DE NASCIMENTO 23/04/1992

7.116 DE 29/08/83

P 1

DANIEL A. AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. André Pôrto, 4807 - Boa Vista - Boa Vista-RR
Fone: (68) 3622.8741 / 3622.8742
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

53.723

AUTENTICAÇÃO. Confira com o documento original apresentado

Em feitura em 03 de outubro de 2018

Boa Vista-RR, 03 de outubro de 2018

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista

CPF: 68228741/68228742

Valor: R\$ 2,99

Valor: R\$ 0,60

Total: R\$ 2,99

Escritório Autorizado

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista



PODER JUDICIÁRIO
DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA - 1ª VARA DE FAMÍLIA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

Confira e confira conforme, nesta data,
com o original existente no meio eletrônico
e no endereço registrado.

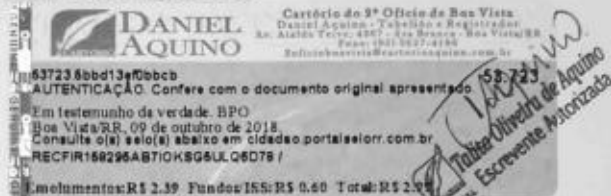
TERMO DE CURATELA PROVISÓRIO

Processo: 0814989-39.2017.8.23.0010

Ação: CURATELA/INTERDIÇÃO

Requerente: Ana Paula Sousa da Silva

Interditado(a): Raimunda Sousa da Silva



Aos 04 dias do mês de outubro de dois mil e dezessete, nesta Cidade e Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima, no Juízo da 1ª Vara de Família, onde se encontrava o Exmo. MM LUIZ FERNANDO CASTANHEIRA MALLET, Juiz de Direito Titular da 1ª Vara de Família, comigo Diretora de Secretaria do seu cargo, aí compareceu o Sr^a. Ana Paula Sousa da Silva, brasileira, solteira, assistente de aluno, portadora do RG nº 3097498 SSP/RR e inscrita no CPF nº 002.117.832-18, residente e domiciliado nesta capital, nomeada Curadora de Raimunda Sousa da Silva, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG nº 180244 SSP/RR e inscrita no CPF nº 515.353.352-20, para que se lhe deferisse o compromisso legal de bem e fielmente desempenhar o encargo que lhe foi cometido, o que, deferido pelo MM. Juiz, na forma da lei, declarando-a investido na Curatela Provisória da pessoa acima referida, e, em consequência, caberá a curadora dirigir e reger os bens do(a) interditado(a), bem como receber os rendimentos e salários; fornecer a esta e a família as quantias necessárias para as despesas pessoais; adquirir bens e mercadorias relativas a alimentos, vestuário, higiene, limpeza etc.; efetuar pagamentos decorrentes de obrigações assumidas e outras mensalmente verificáveis, como água, luz, telefone e impostos; assistir a interditada em juízo ou fora dele, como repartições públicas, bancos e estabelecimentos comerciais; promover as alienações indispensáveis, sempre com autorização judicial, menos àquelas concernentes a bens móveis de fácil deterioração e de valor não significativo. A administração das finanças do(a) interditado(a), devem ter como escopo a manutenção desta e seu tratamento de saúde em local apropriado. Outrossim, o curador nomeado não poderá, por qualquer modo, alienar ou onerar bens de quaisquer naturezas, eventualmente pertencentes ao interdito, tampouco contrair dívidas ou empréstimos em nome deste, sem autorização judicial. Os valores recebidos de entidade previdenciária deverão ser aplicados exclusivamente na saúde, bem-estar do incapaz. Aplica-se, ao caso, o disposto no art. 553 do Código de Processo Civil e as respectivas sanções. Aceito pelo mesmo o compromisso, prometeu cumprir o encargo inerente à missão que foi deferida, conforme decisão exarada nos autos em epígrafe. E, para constar, eu Jocilene de Sousa Silva (Técnica Judiciária) o digitei e Liduina Ricarte Beserra Amâncio (Diretora de Secretaria) mandou lavrar o presente termo que vai assinado pelo MM. Juiz.

Ana Paula Sousa da Silva
Ana Paula Sousa da Silva
Compromissado(a)

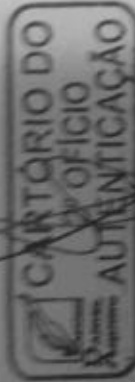
(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)

Luiz Fernando Castanheira Mallet

Juiz de Direito Titular da 1ª Vara de Família

Confira e confira conforme, nesta data,
com o original existente no meio eletrônico
e no endereço registrado.

OUTORGANTE
ANA PAULA SOUSA DA SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Raimunda Sousa da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 180244

NOME RAIMUNDA SOUSA DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO MODESTO DE SOUSA

MARIA MODESTO DE SOUSA

NATURALIDADE SANTARÉM - PA

DOC. ORIGEM CERTO CAS 2247 FLS 282 V LIV 14 B

BELTERRA - PA

DATA DE NASCIMENTO 15/10/1970

515.353.352-20 AMADEU ROCHA TRIANI

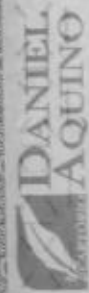
2 VIA

perito@matheusrocha.com.br

Divisor do RDC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1



53723.5bbd13ec1ce8

AUTENTICAÇÃO. Confira com o documento original apresentado.

Em testemunho da verdade: BPO

Bos Vista/RR, 09 de outubro de 2016.

Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidadao.portal.sejor.com.br

RECPIR168296GNF9E4AF37FGDH01

Implementos: R\$ 2,39 - Função: R\$ 0,60 - Total: R\$ 2,99

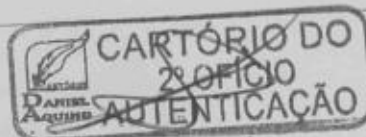
Amor

Excerte Autorizada

Amor Oliveira de Aquino

Excerte

04/09/2018



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
515.353.352-20

Nome
RAIMUNDA SOUSA DA SILVA

Nascimento
15/10/1970

CÓDIGO DE CONTROLE
F6D3.24FA.27BE.E644



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:27:02 do dia 04/09/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



**DANIEL
AQUINO**

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataláides Teles, 4907 - Ass. Branca - Boa Vista/RR
Fone: (90) 3027-4185
BoaVista@cartorioaquino.com.br

63723.6bbd1420d0a6c

AUTENTICAÇÃO. Confira com o documento original apresentado.

Em testemunho da verdade. BPO

Boa Vista/RR, 09 de outubro de 2018.

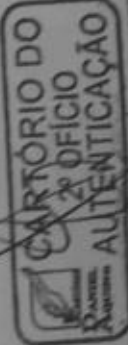
Consulte o(s) assis(s) abaixo em cidadeo.portalgelorr.com.br

REC FIR 168296PWKBMWS4EQV89X01 /

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos ISS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

53.723

Taquino
Tábita Oliveira de Aquino
Escritor Autorizada



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Polegar Direito



Ana Paula Sousa da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

03/11/2015

DATA DE EXPEDIÇÃO

REGISTRO 309749-8

NOME ANA PAULA SOUSA DA SILVA

FILIAÇÃO

ANTONIO LEONES CARDOSO DA SILVA

RAIMUNDA SOUSA DA SILVA

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DOC. ORIGINAL

CERTD NASC 83182 FLS 161 LIV A/122

1 OF BOA VISTA-RR

CPF

002.117.832-18

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
PREFEITO MUNICIPAL DE BOA VISTA - RR

7.116 DE 20/08/83

P 1

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino, Tabelião e Registrador
Av. Alameda Tereza, 407 - An. Brasil - Boa Vista/RR
Fone: (067) 3621-4140
E-mail: daniel.aquino@rr.gov.br

DANIEL A. AQUINO

53.723

637235b0d13e0e020
AUTENTICAÇÃO. Confira com o documento original apresentado.

Em testemunho da verdade, BPO

Boa Vista/RR, 09 de outubro de 2015

Consulte o(s) selo(s) abaixo em portal.selorr.com.br

RECIFIR168296TAGCB10C3W3Y14887

Inclusão: R\$ 2,50. Emenda: R\$ 0,00. Total: R\$ 2,50

Escritório Autorizado
Daniel Aquino

CARTÓRIO DO
OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO

 **Ministério da Justiça**
Secretaria de Registros e Identificação

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
002.117.832-18

Nome
ANA PAULA SOUSA DA SILVA

Nascimento
23/04/1992



 **DANIEL AQUINO**

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alameda Teófilo, 4307 - Boa Vista - Boa Vista
Fone: (95) 2027-4195
Boficio@cartorio2boavista.com.br

537235bd144941e5
AUTENTICAÇÃO Confere com o documento original apresentado.

Em testemunho da verdade, BPO
Boa Vista/RR, 09 de outubro de 2018.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadeoportalserri.com.br
REC FIR159295NTVSE1A9X1U4S991 / REC FIR159295HLNFGT6SVYQXP39 /

Emolumentos: R\$ 4,78 Fundos ISS: R\$ 1,20 Total: R\$ 5,98

Daniel Aquino
Tabelião de Aquino
Escrivente Autorizada

 **CORREIOS**

Emissão

CARTÓRIO DO
OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO

1831222590

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1831222590

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTERA NACIONAL DE HABILITACAO

1831222590

JENNIFER DA SILVA SORE



DOC. IDENTIDADE / OUTRO EMISSOR(A)F

3582035 SSP RR

CPF

023.038.722-51

DATA NASCIMENTO

06/08/1996

ELABORACAO

JANIO DA SILVA SORE

ROSEANE DA SILVA

FEELSAO

ACC

CAT INB

AB

VALIDADE

13/03/2024

V. HABILITACAO

06/03/2015

OBSERVAÇÕES

1831222590

PROIBIDO PLASTIFICAR

1831222590

BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSAO

13/03/2019

ASSINATURA DO PORTADOR

JENNIFER S. Sore

88481802410

RR209501065

88481802410

RR209501065

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

PROCURAÇÃO

Outorgante: RAIMUNDA SOUSA DA SILVA, brasileira, aposentada, inscrita no CPF: 515.353.352-20, e no RG: 180244 SSP/RR, representada por sua curadora: ANA PAULA SOUSA DA SILVA, brasileira, solteira, servidora publica, inscrita no CPF: 002.117.832-18, e no RG: 309749-8SSP/RR, residente na Rua: Professor Hécio Carlos, Nº546, Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, constitui:

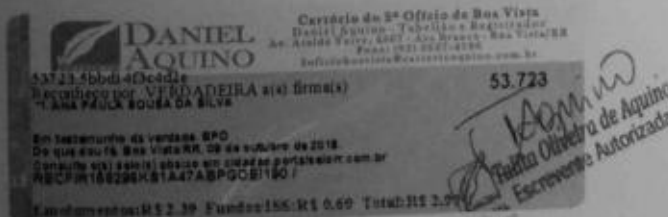
Outorgado: JENNIFER DA SILVA SODRE, brasileira, solteira, inscrita no CPF: 023.038.722-51 e no RG: 358203-5 SSP/RR, residente nesta capital na rua Prof. Diomedes, nº 103, bairro Centro.

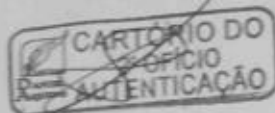
PODERES: Ao qual confere para o foro em geral, com cláusula *ad judicial* de ações, usar de todos os recursos em direito permitidos, transigir, receber valores, dar quitação, desistir, firmar compromissos, receber e emitir documentos, enfim praticar todos os atos necessários ao fiel desempenho desta procuração e aos poderes nela conferidos, podendo ainda substabelecer com reservas de poderes para atuar administrativamente junto a POLICIA CIVIL E MILITAR para requer boletim de ocorrência, e junto ao SAMU E HOSPITAL GERAL DE RORAIMA- HGR, para requerer prontuário medico e relatório de atendimento.

Boa Vista, RR, 15 de Agosto de 2018.



Ana Paula Sousa da Silva
ANA PAULA SOUSA DA SILVA
Outorgante



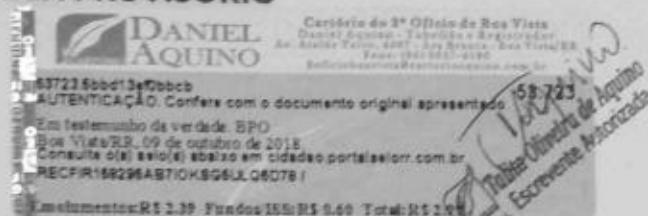


PODER JUDICIÁRIO
DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA - 1ª VARA DE FAMÍLIA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

Contenda e achada conforme, nesta data,
com o original existente no meio eletrônico
e no endereço registrado.

TERMO DE CURATELA PROVISÓRIO

Processo: 0814989-39.2017.8.23.0010
Ação: CURATELA/INTERDIÇÃO
Requerente: Ana Paula Sousa da Silva
Interditado(a): Raimunda Sousa da Silva



Aos 04 dias do mês de outubro de dois mil e dezessete, nesta Cidade e Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima, no Juízo da 1ª Vara de Família, onde se encontrava o Exmo. MM **LUIZ FERNANDO CASTANHEIRA MALLET**, Juiz de Direito Titular da 1ª Vara de Família, comigo Diretora de Secretaria do seu cargo, aí compareceu o Sr^a. **Ana Paula Sousa da Silva**, brasileira, solteira, assistente de aluno, portadora do RG nº 3097498 SSP/RR e inscrita no CPF nº 002.117.832-18, residente e domiciliado nesta capital, nomeada **Curadora de Raimunda Sousa da Silva**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG nº 180244 SSP/RR e inscrita no CPF nº 515.353.352-20, para que se lhe deferisse o compromisso legal de bem e fielmente desempenhar o encargo que lhe foi cometido, o que, deferido pelo MM. Juiz, na forma da lei, declarando-a investido na **Curatela Provisória** da pessoa acima referida, e, em consequência, caberá a curadora dirigir e reger os bens do(a) interditado(a), bem como receber os rendimentos e salários; fornecer a esta e a família as quantias necessárias para as despesas pessoais; adquirir bens e mercadorias relativas a alimentos, vestuário, higiene, limpeza etc.; efetuar pagamentos decorrentes de obrigações assumidas e outras mensalmente verificáveis, como água, luz, telefone e impostos; assistir a interditada em juízo ou fora dele, como repartições públicas, bancos e estabelecimentos comerciais; promover as alienações indispensáveis, sempre com autorização judicial, menos àquelas concernentes a bens móveis de fácil deterioração e de valor não significativo. A administração das finanças do(a) interditado(a), devem ter como escopo a manutenção desta e seu tratamento de saúde em local apropriado. Outrossim, o curador nomeado não poderá, por qualquer modo, alienar ou onerar bens de quaisquer naturezas, eventualmente pertencentes ao interdito, tampouco contrair dívidas ou empréstimos em nome deste, sem autorização judicial. Os valores recebidos de entidade previdenciária deverão ser aplicados exclusivamente na saúde, bem-estar do incapaz. Aplica-se, ao caso, o disposto no art. 553 do Código de Processo Civil e as respectivas sanções. Aceito pelo mesmo o compromisso, prometeu cumprir o encargo inerente à missão que foi deferida, conforme **decisão** exarada nos autos em epígrafe. E, para constar, eu **Jocilene de Sousa Silva** (Técnica Judiciária) o digitei e **Liduína Ricarte Beserra Amâncio** (Diretora de Secretaria) mandou lavrar o presente termo que vai assinado pelo MM. Juiz.

Ana Paula Sousa da Silva
Ana Paula Sousa da Silva
Compromissado(a)

(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)
Luiz Fernando Castanheira Mallet
Juiz de Direito Titular da 1ª Vara de Família

Contenda e achada conforme, nesta data,
com o original existente no meio eletrônico
e no endereço registrado.

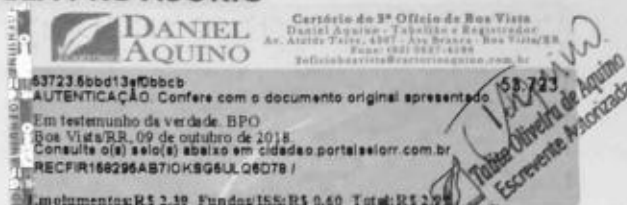


COMARCA DE BOA VISTA - 1ª VARA DE FAMÍLIA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

Confenda e achada conforme, nesta data, com o original existente no meio eletrônico e no endereço registrado.

TERMO DE CURATELA PROVISÓRIO

Processo: **0814989-39.2017.8.23.0010**
Ação: **CURATELA/INTERDIÇÃO**
Requerente: **Ana Paula Sousa da Silva**
Interditado(a): **Raimunda Sousa da Silva**



Aos **04 dias do mês de outubro de dois mil e dezessete**, nesta Cidade e Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima, no Juízo da 1ª Vara de Família, onde se encontrava o Exmo. MM **LUIZ FERNANDO CASTANHEIRA MALLET**, Juiz de Direito Titular da 1ª Vara de Família, comigo Diretora de Secretaria do seu cargo, aí compareceu o Sr^a. **Ana Paula Sousa da Silva**, brasileira, solteira, assistente de aluno, portadora do RG nº 3097498 SSP/RR e inscrita no CPF nº 002.117.832-18, residente e domiciliado nesta capital, nomeada **Curadora de Raimunda Sousa da Silva**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG nº 180244 SSP/RR e inscrita no CPF nº 515.353.352-20, para que se lhe deferisse o compromisso legal de bem e fielmente desempenhar o encargo que lhe foi cometido, o que, deferido pelo MM. Juiz, na forma da lei, declarando-a investido na **Curatela Provisória** da pessoa acima referida, e, em consequência, caberá a curadora dirigir e reger os bens do(a) interditado(a), bem como receber os rendimentos e salários; fornecer a esta e a família as quantias necessárias para as despesas pessoais; adquirir bens e mercadorias relativas a alimentos, vestuário, higiene, limpeza etc.; efetuar pagamentos decorrentes de obrigações assumidas e outras mensalmente verificáveis, como água, luz, telefone e impostos; assistir a interditada em juízo ou fora dele, como repartições públicas, bancos e estabelecimentos comerciais; promover as alienações indispensáveis, sempre com autorização judicial, menos àquelas concernentes a bens móveis de fácil deterioração e de valor não significativo. A administração das finanças do(a) interditado(a), devem ter como escopo a manutenção desta e seu tratamento de saúde em local apropriado. Outrossim, o curador nomeado não poderá, por qualquer modo, alienar ou onerar bens de quaisquer naturezas, eventualmente pertencentes ao interdito, tampouco contrair dívidas ou empréstimos em nome deste, sem autorização judicial. Os valores recebidos de entidade previdenciária deverão ser aplicados exclusivamente na saúde, bem-estar do incapaz. Aplica-se, ao caso, o disposto no art. 553 do Código de Processo Civil e as respectivas sanções. Aceito pelo mesmo o compromisso, prometeu cumprir o encargo inerente à missão que foi deferida, conforme **decisão** exarada nos autos em epígrafe. E, para constar, eu **Jocilene de Sousa Silva** (Técnica Judiciária) o digitei e **Liduína Ricarte Beserra Amâncio** (Diretora de Secretaria) mandou lavrar o presente termo que vai assinado pelo MM. Juiz.

Ana Paula Sousa da Silva
Ana Paula Sousa da Silva
Compromissado(a)

(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)

Luiz Fernando Castanheira Mallet
Juiz de Direito Titular da 1ª Vara de Família

Confenda e achada conforme, nesta data, com o original existente no meio eletrônico e no endereço registrado.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0185642/20

Vítima: RAIMUNDA SOUSA DA SILVA

CPF: 515.353.352-20

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 02/02/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDA SOUSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JENNIFER DA SILVA SODRE : 023.038.722-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

RAIMUNDA SOUSA DA SILVA : 515.353.352-20

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.