

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: 2909511420201117092645

Processo 0827321-33.2020.8.23.0010 ☆ - (24 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 29 de janeiro de 2021 às 09:40:00
Intimações não lidas: Ver Intimação

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces 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:					
16 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 16500 por pág.1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
☐	16	17/11/2020 09:26:45	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO		
		Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		
			Procurador		
	16.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2764215CONTESTACAO01.pdf	Público
	16.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2764215CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
	16.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
	15	17/11/2020 07:55:46	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO		
		Para advogados/curador/defensor de MATEUS DE SOUSA MAIA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 13) EXPEDIÇÃO DE LINK DE AUDIÊNCIA (17/11/2020)	ALINE BLEICH SANDER		
			Analista Judiciário		
	14	17/11/2020 07:55:46	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO		
		Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 13) EXPEDIÇÃO DE LINK DE AUDIÊNCIA (17/11/2020)	ALINE BLEICH SANDER		
			Analista Judiciário		
☐	13	17/11/2020 07:55:36	EXPEDIÇÃO DE LINK DE AUDIÊNCIA		
		Referente ao evento (seq. 12) DECORRIDO PRAZO DE MATEUS DE SOUSA MAIA (17/11/2020 00:02:39). Identificador do Cumprimento: 0001	ALINE BLEICH SANDER		
			Analista Judiciário		
	12	17/11/2020 00:02:39	DECORRIDO PRAZO DE MATEUS DE SOUSA MAIA		
		(P/ advgs. de MATEUS DE SOUSA MAIA *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (26/10/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	SISTEMA CNJ		
	11	16/11/2020 17:30:31	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA		
		Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 16/11/2020 referente ao evento de expedição seq. 10.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		
			Procurador		
☐	10	16/11/2020 07:36:36	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE		
		Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	ALINE BLEICH SANDER		
			Analista Judiciário		
	9	09/11/2020 00:01:48	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA		
		(Pelo advogado/curador/defensor de MATEUS DE SOUSA MAIA) em 09/11/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (26/10/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	SISTEMA CNJ		
	8	28/10/2020 09:22:11	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO		
		Para advogados/curador/defensor de MATEUS DE SOUSA MAIA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (26/10/2020)	ALINE BLEICH SANDER		
			Analista Judiciário		
	7	28/10/2020 09:22:00	AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA		
		(Agendada para: 29 de janeiro de 2021 às 09:40, em 2ª Vara Cível)	ALINE BLEICH SANDER		
			Analista Judiciário		
☐	6	26/10/2020 12:48:19	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE		
			ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES		
			Magistrado		
	5	23/10/2020 16:27:38	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL		
			SISTEMA CNJ		



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

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200204393

Vítima: MATEUS DE SOUSA MAIA

Data do Acidente: 23/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATEUS DE SOUSA MAIA

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

Carta nº 15839925



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

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200204393

Vítima: MATEUS DE SOUSA MAIA

Data do Acidente: 23/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATEUS DE SOUSA MAIA

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MATEUS DE SOUSA MAIA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000018131-0

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

Pag. 01369/01370 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8BT 7B84X 45AMZ 443VU



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 040.234.952-04 4 - Nome completo da vítima: Matheus de Sousa Maia

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

5 - Nome completo: Matheus de Sousa Maia 6 - CPF: 040.234.952-04
7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: R. Marieta Melo Marques 9 - Número: 243 10 - Complemento:
11 - Bairro: De Silveira Leite 12 - Cidade: Rio Verde 13 - Estado: PR 14 - CEP: 69.314-354
15 - E-mail: michelkeith@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (45) 999.62.9009

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: Michel Keith Fretes de Lima 18 - CPF do Representante Legal: 446.255.452-34 19 - Profissão do Representante Legal: Agente de Seguro

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 13 CONTA: 000 18131 0

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho 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 prolongamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, uma vez que a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003454/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/01/2020 07:22 Data/Hora Fim: 24/01/2020 08:57
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: PMRR-CIPTUR ROP 811624 SERIE J Data: 23/01/2020
Delegado de Polícia: Alexandre Henrique de Matos Lima

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 23/01/2020 19:25

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Caimbé

Logradouro: AV CARLOS PEREIRA DE MELO C RUA ADEMARIO BATISTA

Tipo do Local: Em veículo

Natureza

20005: ACIDENTE COM LESÕES

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RONILDO BIZERRA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 29/04/1977

Idade: 43 anos

Naturalidade: CE - Aracati

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: RAIMUNDA BIZERRA DE OLIVEIRA

Nome do Pai: GERARDO MORENO DE OLIVEIRA FILHO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 724.556.593-72

RG - Carteira de Identidade: 286444194

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R DECO FONTELES

Complemento: CASA

Bairro: JARDIM FLORESTA

Nº: 1067

CEP: 69.312-072

Nome Civil: MATEUS DE SOUSA MAIA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 17/01/2000

Idade: 20 anos

Naturalidade: PA - Jacundá

Profissão: Atendente

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: SERGILENE SILVA DE SOUSA

Nome do Pai: JOSE WANDERLY MAIA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 040.234.952-04

RG - Carteira de Identidade: 8655350

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R CRUZEIRO DO SUL

Complemento: CASA

Nº: 494



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de impressão: 26/05/2020 11:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003454/2020

Bairro: SILVIO LEITE

Telefone: (95) 99144-4035 (Celular)

CEP: 69.312-272

Nome Civil: EVERSON BRASIL SD/PM CIPTUR (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Policial Civil

Idade:

Nome da Mãe: PJ

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição HONDA/FAN

Placa NAO2389

Número do Motor KC15E5A196487

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 033.940.212-18

Renavam 00251169448

Número do Chassi 9C2KC1550AR196487

Cor PRETA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 17/11/2017

Nome Envolvido

MATEUS DE SOUSA MAIA

Envolvimentos

Proprietário

Grupo Veículo

Descrição GM/S-10

Placa OAF2906

Número do Motor NAL006690

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor PRETA

Município Veículo Boa Vista

Modelo GM/S10 RODEIO D

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 21/06/2018

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 619.792.282-72

Renavam 00333714270

Número do Chassi 9BG138XP0BC452819

Número da Carroceria 452819

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo GM/S10 RODEIO D

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

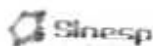
RONILDO BIZERRA DE OLIVEIRA

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que foi recebido o PMRR-CIPTUR ROP 811624 SERIE J, informando acidente de trânsito, com Danos Materiais e lesão corporal no local supra; Que no local supra foi informado por RONILDO que conduzia o veículo GM/S10 placa: OAF2906, pela Rua Ademario Batista, sentido caimbé/ jardim Floresta; Que no cruzamento com a Av. Carlos Pereira de Melo, avançou a preferencial, sendo colidido por Mateus, o qual conduzia uma motocicleta HONDA /FAN de cor preta e placa: NAO2389, o qual vinha pela Av. Carlos Pereira de Melo; Que MATEUS já tinha sido socorrido pelo SAMU ao HGRR, no momento da chegada da viatura da PM; Que não foi acionada a Perícia devida a violação do local; Que a motocicleta foi removida ao



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 26/05/2020 11:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003454/2020

pátio do DETRAN-RR, devido está com documentação atrasada, conforme documento de retenção e remoção nº 041992.

ASSINATURAS

Delourdes Camilo Dos Reis

Agente de Polícia
Matrícula 042000468

Responsável pelo Alandamento

Everson Brasil Sd/pm Ciptur
(Comunicante)

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



Delegado de Polícia Civil Alexandre Henrique de Mello
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 26/05/2020 11:22
Protocolo nº: Não disponível

DAT
AGENTE DE POLÍCIA
CONFIDOR

Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

RELATORIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL										SÉRIE J	
										Nº 811624	
Vtr CIPTUR 99	SUCp CIPTUR	Data 23/01/2020	S/Setor LESTE	H/Transm 19:25	H/Ini 19:29	CH/H 19:38	H/Fir 21:03				
Cód. Oc. 1001/1003		Cód. Prov. 13999		Cód. Ser. Prest. XXXXXXX		Km/Ini 18769	Km/Fir 18778				
LOCAL DE OCORRÊNCIA											
Av. Carlos pereira de melo cruzamento C/ Rua Ademario batista											
Bairro: CAIMBE											
Ref.: CRUZAMENTO											
PESSOAS RELACIONADAS											
1 ENVOLVIDO Nome: Ronildo bizerra de oliveira											
Endereço: Rua Deco Fonteles n:1067 jardim floresta											
Idade: 41 E. Civil: casado											
Edt. R.G. 286444194 SSP/RR											
CNH 01626488711											
CPF 72455659372											
TEL 984090767											
PROF. autonomo											
2 ENVOLVIDO Nome: Mateus de Sousa maia											
Endereço: Rua cruzeiro do sul n 494 silvio leite											
Idade: 19 E. Civil: solteiro											
Edt. R.G. 8655350 SSP/RR											
CNH 07150269716											
CPF 04023495204											
TEL 991444035											
Profissão: Atendente											
3 ENVOLVIDO Nome: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX											
Endereço: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX											
Idade: XX E. Civil: XXXXXXXX											
Edt. R.G. XXXXXXXXXXXXXXXX											
CNH XXXXXXXXXXXXXXXX											
CPF XXXXXXXXXXXXXXXX											
TEL XXXXXXXXXXXXXXXX											
Profissão: XXXXXXXXXXXXXXXX											
VEICULOS ENVOLVIDOS E DANOS											
V1: GM/S10 DE COR PRETA E PLACA OAF 2906 DANOS: PÁRA-CHOQUE DIANTEIRO LADO ESQUERDO											
V2: HONDA/FAN DE COR PRETA E PLACA NAO 2389 DANOS: PARTA FRONTAL											
RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não houve conduzidos e/ou apreendidos.											
ASSINATURA <i>Adailson</i>											
CARGO <i>Ap</i>											
LOCAL <i>2º DP</i>											
Senhor (a) Delegado (a),											
HISTORICO											
FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRENCIA DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E LESAO CORPORAL NO LOCAL SUPRACITADO E AO CHEGAR NO LOCAL FOMOS INFORMADOS PELO ITEM 01 QUE CONDUZIA UM GM/S10 DE COR PRETA E PLACA OAF 2906 E QUE TRAFEGAVA NA RUA ADEMARIO BATISTA SENTIDO BAIRRO CAIMBE/JARDIM FLORESTA E QUE AO CHEGAR NO CRUZAMENTO COM AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO AVANÇOU A PREFERENCIAL SENDO COLIDIDO PELO ITEM 02 QUE CONDUZIA UMA HONDA/FAN DE COR PRETA E PLACA 2389 E TRAFEGAVA NA AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO SENTIDO BAIRRO/CENTRO. O ITEM 02 JÁ TINHA SIDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HGR NO MOMENTO DA CHEGADA DA VIATURA DA PM E QUE NOS FOI INFOMADO QUE O ITEM 02 TENHA SOFRIDO UMA POSSIVEL FRATURA NO FEMUR DA PERNA DIREITA E ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E QUE NÃO FOI ACIONADO PERICIA DEVIDO A VIOLAÇÃO DO LOCAL. INFORMO TAMBEM QUE A MOTOCICLETA DO ITEM 02 FOI APREENDIDA AO PATIO DO DETRAN DEVIDO ESTA COM DOCUMENTAÇÃO ATRASADA CONFORME DOCUEMENTO DE RETENÇÃO E REMOÇÃO N° 041992.											
Era o que tinha a relatar.											
<i>ey</i>											
EVERSON BRASIL											
41.204-0											
SD PM											
CIPTUR											
CADASTRO											
Posto/Graduação											
SUOp											

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFIRE COM ORIGINAL
DATA *23/01/2020*
Adailson

Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8BT 7B84X 45AMZ 443VU



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 040.234.952-04 4 - Nome completo da vítima: Matheus de Sousa Maia

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

5 - Nome completo: Matheus de Sousa Maia 6 - CPF: 040.234.952-04
7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: R. Marieta Melo Marques 9 - Número: 243 10 - Complemento:
11 - Bairro: De Silveira Leite 12 - Cidade: Rio de Janeiro 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 69.314-354
15 - E-mail: michelkeith@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 999629009

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: Michel Keith Fretes de Lencina 18 - CPF do Representante Legal: 446.255.452-34 19 - Profissão do Representante Legal: Agente de Seguro

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (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: _____

AGÊNCIA: 3906 13 CONTA: 000 12131 0

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho 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 prolongamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, uma vez que a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/06/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MATEUS DE SOUSA MAIA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03906
CONTA: 000000018131-0

Nr. da Autenticação B03B3230DD43C466

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8BT 7B84X 45AMZ 443VU





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão José Barcelos, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 03.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.001.022-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 2006/10

0063184-1

Nº da Nota Fiscal: **4820996**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE de 2008
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002 FCM

MARCO/2020

ANTONIO ALVES SOUSA
R. MARIETA MELO MARQUES 243 - DR. SILVIO LEITE
CEP: 69.314-354 - BOA VISTA

06/04/2020

CPF: **00014654806334**

265

234,16

Atual:	11741
Anterior:	11676
Dias de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo medido:	265
Consumo Faturado:	265

Atual:	18/03/2020
Anterior:	14/02/2020
Indicador leitura:	18/04/2020
Emissão:	17-05-2020
Apresentação:	18-07-2020

Grupo/Subgrupo:	1.1.1.1
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	MONO
Numero Medidor:	11EIMR03945
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	N 1425246

CONSUMO

ILUMINAÇÃO PÚBLICA

265 A R\$ 0,764425 = **202,57**
31,59

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 265 - 0,617778

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS

Mês	Valor
MAR/19	238
ABR/19	232
MAI/19	240
JUN/19	196
JUL/19	218
AGO/19	231
SET/19	210
OUT/19	220
NOV/19	235
DEZ/19	220
JAN/20	239
FEB/20	178
MAR/20	265

Média 12 meses: **218**

LIQUE 0800703120 E FAÇA SEU PAGAMENTO 16 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 17/03/2020, não constam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 7C79:21A2:7F63:5F2F:7D31:DC6E:5AD8:BCF6

Energia:	105,54	Encargos:	6,20
Transmissão:	47,98	Tributos:	30,95

Base de Cálculo:	202,57	
ICMS:	17,004	34,43
PIS:	0,30%	0,70
COFINS:	1,70%	3,54

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	DEC		FIC		DMC	DCE
	Atual	Anterior	Atual	Anterior		
Conta	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84
Recoberto	0,00			0,00		0,00
Deposito						50,45

Período de apuração: **01/2020**

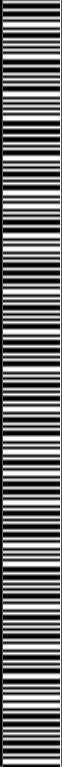
01/06/2020

Lista de Faturas da UC: 1682989

Faturas da UC: 1682989

[x] Sair

Unidade Consumidora		Nome do Cliente	
1682989		EDINALVA MELO DA SILVA	
Endereço			
AV JOSE ALVES CAVALCANTI, , QD 55 LT 657 - MURILLO TEIXEIRA CIDA			
Mês de Faturamento	Data de Vencimento	Valor	Situação
05/2020	11-JUN-20	R\$ 134,90	PAGO
04/2020	11-MAY-20	R\$ 31,57	PAGO





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

Para mais informações, acesse o site www.seguradolider.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, e sua transmissão eletrônica.

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a manter o 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.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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.

Requerido em: motors de sauso maia
Inscrito(a) no CPF/CNPJ: 040234952 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
motors de sauso maia inscrito(a) no CPF sob o Nº 040234952 / 04
do Seguro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima motors de sauso maia
Inscrito(a) no CPF sob o Nº 040234952 / 04 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante da 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>R: Mariana Melo Marques</u>	Número: <u>243</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Desilva Leite</u>	Cidade: <u>Bom Cristo</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>euchokeith@gmail.com</u>	CEP: <u>69314354</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 999629009</u>

Local e Data: Bom Cristo-RR, 27 de maio de 2020

Motors de sauso maia
Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação/Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308			
2001212664	23/01/2020 18:48:31	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19 24	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
MATEUS DE SOUSA MAIA		17/01/2000		20 A 0 M 6 D		706405691647288	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão	
IDENTIDADE		8655350		SSP-PA		M	
Mãe		Pai		Raça/Cor		Naturalidade	
SERGILENE SILVA DE SOUSA		JOSE WANDERLY MAIA		PARDA		BRASILEIRA	
Endereço		Contato		Ocupação			
RUA - MARIETA DE MELO MARQUES - 243 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA					
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL				ANTONIA SOARES	
Queixa Principal		Sintoma Febre		Sintoma Respiratório		Suspeita de Dengue	
ACIDENTE DE MOTO.							
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL			
		AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 MRV: 1 2 3 4 5 6		15			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTA. SI DEBILIDADE DE PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS OU VÔMITOS. RELATANDO DOR EM NARIZ E MÃO.							
Exame Físico							
BEG, LORE, APA, CONJUNTO, HIGIENADO, EUPNEICO.							
DR. MVB, BILATERAL, SI RA. EXPANSIBILIDADE TORÁCICA SIMÉTRICA							
MODO DE INOCENTE, PAPEL ESTÁVEL E INDOLO, COM 3 CI EDEMA IMPORTANTE.							
Hipótese Diagnóstica							
POLIMORFISMO.							
SADT - Exames Complementares							
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO							
1) DILATIL 40mg EV > 19hs							
DIPIRONA 2g EV > 19hs							
APRAZAMENTO							
OBSERVAÇÃO							
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA							
AV. BRG. BRIGADEIRO GOMES, S/N							
NOVO PLANALTO, 69.000-000							
AUTENTICAÇÃO							
16-01-2020							
Certifico e dou fé que o presente							
é uma cópia verdadeira do original							
que foi apresentado ao presente hospital.							
Condução							
☐ Alta por Decisão Médica							
☐ Alta a Pedido							
☐ Alta a Revelia							
☒ Transferência para: ORTOPEDIA							
☐ Ambulatório							
☐ Observação (Até 24h)							
☐ Internação							
Data e Hora da Saída/Alta: / /							
óbito							
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável							
Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: antonia.soares							
Data Hora: 23/01/2020 18:49:35							
2001212664							

Vitor 20:30

Vitor De Acidade De Truio

fusão da joint direito

CD: Truio Truio, + Truio

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 640



7º TRANSF: 24/01/2020

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
BLOCO A					
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				178894	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
20/06/05 167116472188				17/01/20	
9 - SEXO				11 - TELEFONE DE CONTATO	
Masc. ☒ Fem. ☐ 3				Nº DO TELEFONE	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
Sergilene Silva de Souza				Nº DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
R. Leticia de Melo Marques, 243 Da Silva Leite				15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - CEP	
Boa Vista				RR	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Verm de baba de tórax c/ fumaça de/ver de tórax.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Tuberculose					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Rx					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Intervenção					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
Vitor Paracat Santiago					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
23/01/20					
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO					
Ortopedia / Traumatologia					
CRM-RR 1635					
RQE: 610					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - SNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE MATEUS DE SOUSA MAIA				
AGNÓSTICO FX FEMUR D				
ALERGIAS				
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO	116-2	DATA	24/01/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	SF 0.9% 500ML EV 12/12H SN			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			SN
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA (Susp)			16-20
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 6			06
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN			SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SSV + CCGG 6/6 H			Retina
13	CURATIVO DIÁRIO			Curativo
14	CE/ALODINA 1g a 6/6h			18-20
15	TICARIL 20 mg a 12/12h			18-20
16	DIETA ZERO APÓS 7:00 do dia 25/01			
SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	126/88	107		36.8°C
18 H	140/97	101		36.8°C
24 H	112/81	97	-	35.8°C

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

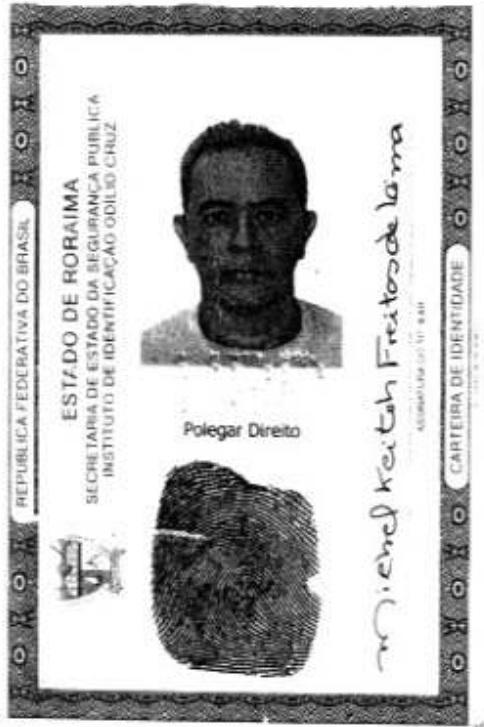
Vitor Paracat Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planície, Tel: (95) 3121-0620
ATENDIMENTO
18. APR 2020
Certificado de atendimento presente
cópia e original do prontuário
que foi anexado neste

18/11/2020 paciente em ritmo
falta medicação
- SSV/du 7x 30c
Depois com SSV
medicamentos

Paciente noturno 19.05.07
At. medicado C.P.M.
e medicado SSV.
Em 19 normo
e disponibilizou.
Temp. 38.4 axil, 37.8
4. C.P.M. 11.05.07

Paciente transferido ao leito 116



[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR N. 0137463639

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

01 00231169346 92245088946

1608 DARIO KOLM STRUP
R JOSE ALEIXO CASA
ASA BRANCA Nº012304
804 VISTA-RR 6931227

033.940.213-18 M402389

MALLAS SANTIOLA DA SILVA

9C2K71550ARI96487

FAS/MOTOCICLETA/MAO APLIC.
HABIDA/CG 150 FAN LSI
2P/0149CC/ PARTICU PRETA

COMO/1994
2010 20

COMO/1994
GASOLINA

SEU RESIDUA DE DOMINIO A PROIB SAIR DA
MAJ DEID *

Antonio Praxedes Escamez Marques
Antonio Praxedes Escamez Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR
Interfinc



Seguradora
LÍDER
Administradora de Seguros DPVAX

DADOS DO SINISTRO

Natureza: Invalidez Permanente**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158921/20

Vítima: MATEUS DE SOUSA MAIA

CPF: 040.234.952-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATEUS DE SOUSA MAIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA : 446.255.452-34

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

MATEUS DE SOUSA MAIA : 040.234.952-04

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: 05/06/2020
Nome: MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA
CPF: 446.255.452-34

MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



PROCURAÇÃO

NOME: Matheus de Sousa Maia
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Atendente RG 8655350 SSP/PA CPF: 040.234.952-04
ENDEREÇO: Rua: praxinos de sul

VITIMA: Matheus de Sousa Maia
CPF: 040.234.952-04 DATA DO ACIDENTE: 23.03.2020
NATURERZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: MICHEL KEITH FREITAS DE LIMA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST.CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO IDENTIDADE: 102.553 SSP/RR CPF: 446.255.452-34
ENDEREÇO: AV. PRESIDENTE CASTELO BRANCO Nº 2150 APTO 2 SÃO VICENTE

PODERES:

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

Boa Vista, 02 de maio de 2020

CARTÓRIO
LOUREIRO

Matheus de Sousa Maia

Assinatura



CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRO
AV. VILLA RUI, 102 - CENTRO - BOA VISTA - PE - CEP: 56344-000 - ATENDIMENTO: 0800-0000000000000000
REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)
[assinatura] - MATHEUS DE SOUSA MAIA
JB Em testemunho da verdade Boa Vista: 13/04/2020
Emol: 2,56 FUNDEJURR: 0,26 FISC: 0,13 FECON: 0,13 ISS: 0,13 Vlr Selo: 1,50
Selo: RECFIR15834SPGM6EOKSM07MCO76 Nº Ticket: 00053
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 04023495204
Dr. João Serrano de Sousa: Maria
Tatiane Subtil
Cartório Loureiro

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158921/20

Vítima: MATEUS DE SOUSA MAIA

CPF: 040.234.952-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATEUS DE SOUSA MAIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA : 446.255.452-34

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

MATEUS DE SOUSA MAIA : 040.234.952-04

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: 05/06/2020
Nome: MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA
CPF: 446.255.452-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

