

---

**Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200302258**

**Vítima: CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO**

**Data do Acidente: 04/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302258

Vítima: CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

Data do Acidente: 04/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000002084-2

Conta: 0000021015-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 752.627.032-91 4 - Nome completo da vítima: Carlos Luiz Gouveia Filho

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

5 - Nome completo: Carlos Luiz Gouveia Filho 6 - CPF: 752.627.032-91  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: Jair S. Mota 9 - Número: 1026 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Asa Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-268  
15 - E-mail: JLOFRKR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (35)98404-5368

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA:            
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 2084            
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 29/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038862/2019-A02

Nome Civil: VANDERLANIA PEREIRA DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 36 anos

Profissão: Empregada Doméstica

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Jade

Nº: 453

Bairro: Pedra Pintada

Nome Civil: LAURA CRISTINA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 48 anos

Profissão: Empregada Doméstica

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: TV T

Nº: 50

Bairro: Cauamé

Nome Civil: RUAN BARRETO RODRIGUES (VÍTIMA (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 22/08/2016

Idade: 3 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Juliana Rodrigues de Sousa

Nome do Pai: Gilson Barreto Lima

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 730.970.472-04

Placa NAR-9900

Renavam 00897609719

Número do Motor KC08E27015632

Número do Chassi 9C2KC08207R015632

Ano/Modelo Fabricação 2007/2006

Cor PRATA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Juliana Rodrigues de Souza

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a):



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038862/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/02/2020 09:46 Data/Hora Fim: 05/02/2020 09:49  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 018722  
Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 04/11/2019 20:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Cauamé  
Logradouro: BR 174 logo após o Shopping Pátio Roraima

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JULIANA RODRIGUES DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 20/05/1984

Idade: 35 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Elon Rodrigues de Sousa

Nome do Pai: José Rodrigues de Sousa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 742.943.502-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Adonias Rabelo de Araújo

Nº: 16

Complemento: Casa

Bairro: Cambará

Telefone: (95) 99141-7628 (Celular)

Nome Civil: CARLOS LUIS GOUVÊIA FILHO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 37 anos

Profissão: Repositor

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 231000

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Jade

Nº: 453

Bairro: Pedra Pintada





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038862/2019-A02

Informo-vos que fomos acionados via CIOPS para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima, que ao chegarmos no endereço acima citado, a viatura do SAMU já estava no local socorrendo os envolvidos no sinistro, que segundo informações os itens 3 e 4 trafegavam no sentido Shopping Pátio em 01(uma) motocicleta que não conseguimos identificar pois quando chegamos essa moto já tinha sido retirada do local, quando uma bicicleta conduzida pela item 1 atravessou a BR e houve o acidente, que logo após o sinistro o item 2 que conduzia 01(uma) motocicleta HONDA CG 150 TITAN na cor Prata de placa NAR 9900 e também trafegava no sentido Shopping Pátio não conseguiu parar e acabou se chocando na motocicleta dos itens 3 e 4, que a motocicleta foi liberada para a Sra Larissa Rodrigues que é sobrinha da item 2, que todos os envolvidos foram remidos ao HGR com escoriações, que a perícia não foi acionada pois o local havia sido violado.

Era o que tinha a relatar.

A VÍTIMA SENHORA JULIANA COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, PARA FINS DE SEGURO DPVAT, OS DADOS DE SEU FILHO RUAN BARRETO RODRIGUES, O QUE FOI FEITO ACIMA, O QUAL ERA TRANSPORTADO COMO PASSAGEIRO NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA NAR-9900, QUE ESTÁ EM NOME DE ANTONIO CARLOS SILVA ARAUJO E QUE À MESMA CONDUZIA NO DIA QUE FORAM VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRANSITO E SOFRERAM LESÕES CORPORAIS. QUE A SENHORA JULIANA NÃO POSSUI CNH. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE, QUE ESSE ADITAMENTO/ACRÉSCIMO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o aditamento/acrécimo.

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 42000908

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000908  
Responsável pelo Atendimento

ASSINATURAS

AGENTE DE POLÍCIA  
MOR

Juliana R. de Souza  
Juliana Rodrigues de Souza  
(Vítima / Envolvido / Comunicante)

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



BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

01/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02084-2

CONTA: 000000021015-3

Nr. Autenticação

BRADESCO010920200500000000002370208400000002101567500 PAGO



**RODAÍMA ENERGIA S.A.**  
 Av. Capitão Ene Garcez, 491 - Centro - Boa Vista - RR  
 CNPJ: 02.341.478/0001-44 Tel: (16) 3307.022-3  
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
 Regime Especial de Impostos autor. 19 de 2014 pela SEFAZ 366/13

Para contato com a Rodaíma Energia, informe este NÚMERO

**SEU CÓDIGO**  
 0022109-0

Nº DA NOTA FISCAL 5458415 FCAM\*  
 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
 foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2020	28/07/2020	557	638,79

NILSARA HENDREK DE PAIVA  
 R. JAIR S MOTA 1026 - ASA BRANCA  
 CEP: 69.312-268 - BOA VISTA

CPF: 00022514880220

DATAS DA LEITURA			
Atual:	24/06/2020	Anterior:	25/05/2020
Emissão:	23/06/2020	Apresentação:	24/06/2020
		Próxima leitura:	27/07/2020
		Dias de consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	TDB1738493
		Faturamento	Modalidade
		NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED	INJETADO INTERMED	kWh RESERVADO
Leit. Atual	7059						
Leit. Anterior	6502						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	557						
Faturado:	557						

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	557 A R\$ 0,755234 = 420,66
PARCELAMENTO DE DEBITO S/S	193,26
ILUMINACAO PUBLICA	24,87

**OUTRAS INFORMAÇÕES**  
 TAXA SEM TRIBUTOS:  
 0 A 557 - 0,617770  
 Média 12 meses: 617



**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 23/06/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

**RESERVADO AO FISCO**

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Energia:	230,23
Distribuição:	100,83
Transmissão:	0,00
Encargos:	13,04
Perdas:	
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Base de Cálculo:	420,66
ALÍQUOTA	VALOR
ICMS: 17,00%	71,51
PIS: 0,20%	0,88

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	0,36		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	1,00		
DMIC	Mensal	DICRI	Mensal
Limite	4,99	Limite	
Realizado	0,00		



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

## VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

## OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR/UF  
114807 SSP RR

CPF  
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
ACC

CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
01101912304

VALIDADE  
28/01/2021

1ª HABILITAÇÃO  
15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

92485240616

750009.000000001081.917005200055





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Glair Imácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carlos Luiz Gouveia Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 752.627.032 / 91

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Carlos Luiz Gouveia Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 752.627.032 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buitis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILDIRRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 21/07/2020

Assinatura do Declarante



L. 432

E



66,4 %

E



66,6 %

CARLOS LUIZ GARCIA  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: LEITO 432  
Data: 12/11/2019

Nr: 2854  
Tec: SUELI





Alto 05/11



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

NIR

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carreira Luiz Galvão Júnior

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

176524

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7106202522142463

8 - DATA DE NASCIMENTO

/ /

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Wilson Henrique de Paiva

11 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R: Jade - SN - Pedra Pintada

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

22

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Quotura Exposta de 3º MTT pé (F) + FX

Calcâneo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

A Supracitada

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

RX + TC

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Quotura Exposta de 3º metatarso + Calcâneo (F)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossintese

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Pedro Di Giovanni

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/11/11

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

Dr. Fernando Rezende

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia

CRM OR 2007

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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 - CNAE 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 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

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

1295

BPA





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE *Conde Luiz Gama*

AGNÓSTICO *Ex G. parca 30 MTI*

ALERGIAS

IDADE

HAS

NEGA

DM2

NEGA

LEITO

DATA

*05.11.14*

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 SF 0,9% 500ML EV S/N

4 ☒ DIPIRONA 500MG EV 6/6H

5 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

7 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

8 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10 ☒ CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H

11 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H

12 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PA<sub>S</sub> > 160 E OU PAD > 110 MMHG

13 SSVV + CCGG 6/6 H

14 CURATIVO DIÁRIO

Dr. Fernando Rezende

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia

CRM-RR 2007

15

16

17

18

19

20

21

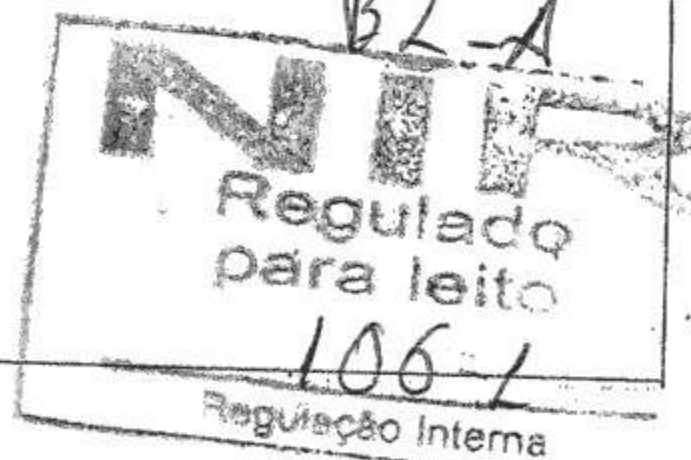
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:  
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70  
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			



MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*15-23 Pa-157+84*  
*P-116*



# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - **HC**

Eu Carla Luiz Gouveia Filho CPF nº \_\_\_\_\_

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.  
2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas,
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguara;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 05 de 11 de 20 19.

Assinatura do paciente:

Responsável:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: Esposa

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ . Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Dr. Pedro Di Giovanni  
Ortopedista / Reumatologista  
CRM 684

Assinatura/Carimbo do Médico Regulador

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_





## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

## VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

## OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR/UF  
114807 SSP RR

CPF  
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
ACC

CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
01101912304

VALIDADE  
26/01/2021

1ª HABILITAÇÃO  
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

92485240616

750009.000000001081.917005200055





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

231000

NOME  
**CARLOS LUIZ GOUVÊA FILHO**

## Polegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR: \_\_\_\_\_

*Cordia baueri* Gouaniaello

752.627.032-91  
2 VIA

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Médico Psiquiatra do Politécnico Civil  
Diretor do SOC

CARTeira DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

## GRATIA DE NASCIMENTO

06/09/1982

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200302258 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO **Data do acidente:** 04/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,2,3)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200302258 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO **Data do acidente:** 04/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,2,3)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Carlos Luiz Gouveia Filho
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Pinheiro Automotivo
IDENTIDADE:	231000 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. João de Silva Mota

## OUTORGADO

NOME:	Gláucio Inácio de Sá
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Advogado
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Antonio P. Galvão 1832

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 02/11/2019, cobertura Invalidez, vítima: Carlos Luiz Gouveia Filho.

Boa Vista 25-11-19



LOCAL E DATA

Carlos Luiz Gouveia Filho

ASSINATURA DO OUTORGANTE



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237064/20

**Vítima:** CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

**CPF:** 752.627.032-91

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 04/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO : 752.627.032-91

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 24/08/2020  
Nome: CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO  
CPF: 752.627.032-91

CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO