

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:
2923449920201130181122

Processo 0828227-23.2020.8.23.0010 - (27 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 9	30/11/2020 18:11:22	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ 2766520CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ 2766520CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA					
(Pelo advogado/curador/defensor de CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO) em 16/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (04/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.					
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO					
Para advogados/curador/defensor de CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (04/11/2020)					
<input type="checkbox"/> 8	16/11/2020 00:02:33	16/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (04/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 7	05/11/2020 08:27:19	PARA advogados/curador/defensor de CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (04/11/2020)	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária		
<input checked="" type="checkbox"/> 6	04/11/2020 12:59:48	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado		
<input checked="" type="checkbox"/> 5	02/11/2020 18:33:09	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
<input checked="" type="checkbox"/> 4	02/11/2020 18:33:09	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
<input checked="" type="checkbox"/> 3	02/11/2020 18:33:09	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
<input checked="" type="checkbox"/> 2	02/11/2020 18:33:09	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
<input checked="" type="checkbox"/> 1	02/11/2020 18:33:08	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS Advogado		



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, 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

Carta nº 16062266



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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: 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: Rua S. Mota

9 - Número:

1026

11 - Bairro:

Ara Branca

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-268

15 - E-mail:

JLOFRKK@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 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 2084

CONTA: 25015

(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) 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

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

 Não

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

 Sim

nascituro (vai nascer)?

 Não

31 - Vítima

 Sim

teve irmãos?

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

país/avós vivos?

 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 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 29/03/2020

* Carlos Luiz Gouveia Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038862/2019-A02

Nome Civil: VANDERLÂNIA 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 Souza 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

Juliana Rodrigues de Souza

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a):



Delegado de Polícia Civil: Fernando Bruno de Souza
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 05/02/2020 09:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	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 GOUVÉIA FILHO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 37 anos
Profissão: Repórter

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 COMPARCEU 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 CORPORALIS. QUE À SENHORA JULIANA NÃO POSSUI CNH. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE ADITAMENTO/ACRÉSCIMO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o aditamento/acréscimo.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Matri. 42000908
Responsável pelo Atendimento

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matri. 42000908
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
Fernando Bruno 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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 388-Denúncia 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

BRADESCO0109202005000000000237020840000002101567500 PAGO

NOTA FISCAL para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO **SEU CÓDIGO** **0022109-0**

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Gómez, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.397.022-3
Nota Fiscal é Custo de Energia Elétrica - Série B -
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ 358/13

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 HENDRÉK 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 Próxima leitura: 27/07/2020
Emissão: 23/06/2020 Apresentação: 24/06/2020 Dias de consumo: 30

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

	KW/H	INLETADO	KW/H	INLETADO	KW/H	INLETADO	KW/H	INLETADO
	TOTAL	TOTAL	EPONTA	EPONTA	INTERMED	INTERMED	RESERVAD	RESERVADO
Leit. Atual	7059							
Leit. Anterior	6502							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	557							
Faturado:	557							

DESCRIPÇÃO DA CONTA
CONSUMO 557 A R\$ 0,755234 = 420,66
PARCELAMENTO DE DEBITO 5/5 193,26
ILUMINACAO PUBLICA 24,87

OUTRAS INFORMAÇÕES
TAXA SEM TRIBUTOS:
0 A 557 - 0,617770

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO

Mês	Leitura
JUN/19	241
JUL/19	255
AGO/19	242
SET/19	372
OUT/19	341
NOV/19	132
DEZ/19	684
JAN/20	733
FEV/20	667
MAR/20	986
ABR/20	871
MAY/20	686
JUN/20	557

LIGUE 08007619126 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 23/06/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 2309.002A.391C.823A.0004.ABBI.7JA1.4090

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Mensal	Trimestral	Anual
DIC	9,24	18,49	36,99
Limite			
Realizado	0,36		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,48	16,92	33,84
Realizado	1,00		
DMIC	Mensal	DICRI	Mensal
Limite	4,99		
Realizado	0,00	Limite	

2020

Via de Pagamento para o mes/ano 05/2020 referente a UC 1089170



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

ILÓIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Slair Smárcio de Souza

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

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

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

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

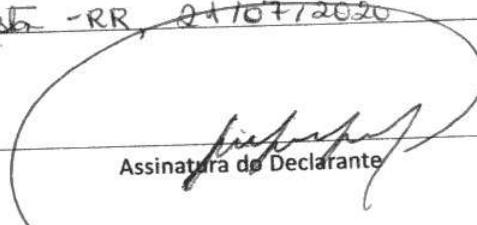
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309 - 209</u>
E-mail:	<u>IL01RRR@hotmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

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


Assinatura do Declarante

CARLOS LUIZ GARCIA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

66,4 %

ID: LEITO 432

Tec: SUELI

Nr: 2854

Data: 12/11/2019

Tec: SUELI

66,6 %





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gómes, 3308

Reclassificação:
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Reclassificação:
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Reclassificação:
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

1901182713	05/11/2019 08:24:08	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	7
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
CARLOS LUIZ GOUVEIA FILHO		06/09/1982	37 A 1 M 29 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
Mãe				M	UNIAO ESTAVEL	NATURAL
NILÇARA HENDREK DE PAIVA				NI		
Endereço					Contato	(95) 99119-9369
RUA - RUA JADE PEDRA PINTADA - SN -- BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
OUTROS	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor	URGÊNCIA					
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			
Queixa Principal					Registrado por:	ERBEJONE.SIMPLICIO
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue		
Anamnese de Enfermagem			GSC	TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)			AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG
PREScrição					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Conduita						
Óbito						
Assinatura do Paciente ou Responsável						

Impresso por: erbejone.simplicio
Data Hora: 05/11/2019 10:38:38

© 2019
NOTES - Soluções em Tecnologia
Sist. - Inteligência em Saúde
v.4.2.0 - 01.09.02

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo: Dr. da Silveira
Assinatura: Dr. da Silveira
Médico: Dr. da Silveira
CRM: 123456789



Anexo I

Alvaro 05/11

SUS	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		
Identificação do Paciente			NIR		
5 - NOME DO PACIENTE <i>Carvalho Henrique Galvão Filho</i>			6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>176524</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>71061201251211424613</i>			8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i>		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Wilma Henrique de Carvalho</i>			9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>R. Jardim - SN - Pedro Pinto</i>			11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE <i>DDD 11-2222-1111</i>		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Belo Horizonte</i>			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <i>22</i> 15 - UF <i>MG</i> 16 - CEP <i>31220-000</i>		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura exposta de 3º MTT p/ F + FX</i> <i>Calcanhar</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Ao Supracitado</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>DL + TC</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exposta de 3º MTT + Calcanhar (F)</i>			21 - CID 10 PRINCIPAL <i>C</i>		22 - CID 10 SECUNDÁRIO <i></i>
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i></i>			24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ortopedia e Reabilitação</i>		
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>Ortopedia e Reabilitação</i>			26 - CLÍNICA <i>Ortopedia</i>		
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i></i>			28 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)		
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i></i>			30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Pedro Di Giandomenico</i>		
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>05/11/18</i>			32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>CRF-MG 2007</i>		
33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - (<input type="checkbox"/>) 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 (<input type="checkbox"/> EMPREGADO) (<input type="checkbox"/> EMPREGADOR) (<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO) (<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO) (<input type="checkbox"/> APOSENTADO) (<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO)					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>V299</i>					
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>BP/PA</i>					

ok
VL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	RH	DN		
PACIENTE <i>Carvalho</i> <i>Grau</i> <i>Gauvinha</i> <i>Malujo</i>				
AGNÓSTICO <i>Ex. Cx. ponta</i> <i>35 MT</i> <i>E</i>				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	
IDADE	LEITO		DATA <i>05.11.19</i>	
ITEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			<i>SMV</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			<i>AMANHÃ</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			<i>Sa</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			<i>16 18 24 6</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			<i>6</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			<i>sa</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			<i>sa</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			<i>14 22 6</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			<i>6</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			<i>16 18 24 6</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			<i>14 2</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<i>6</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H			<i>Dr. Fernando Rezende</i> Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 2997
14	CURATIVO DIÁRIO			<i>16 18 24 6</i>
15				<i>Reservado</i>
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
DU/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 :



MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

15-23 Ps- 157 + 84
P- 116

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Carla Luj Gouveia Furtado CPFnº _____

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 Retaguarda 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 clinicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirme que recebi explicações, li, comprehendo, 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: Andersonio Pereiro da Silveira

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: Espousa

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

Confirme 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: Giovanni

Dr. Pedro Di Giovanni
Pneumatólogista

CRM 106.684

Assinatura/Carimbo do Medico Regulador

CRM _____ / _____

2020

Via de Pagamento para o mes/ano 05/2020 referente a UC 1089170



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

ILÓIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	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
Ligada em você

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO

1089170

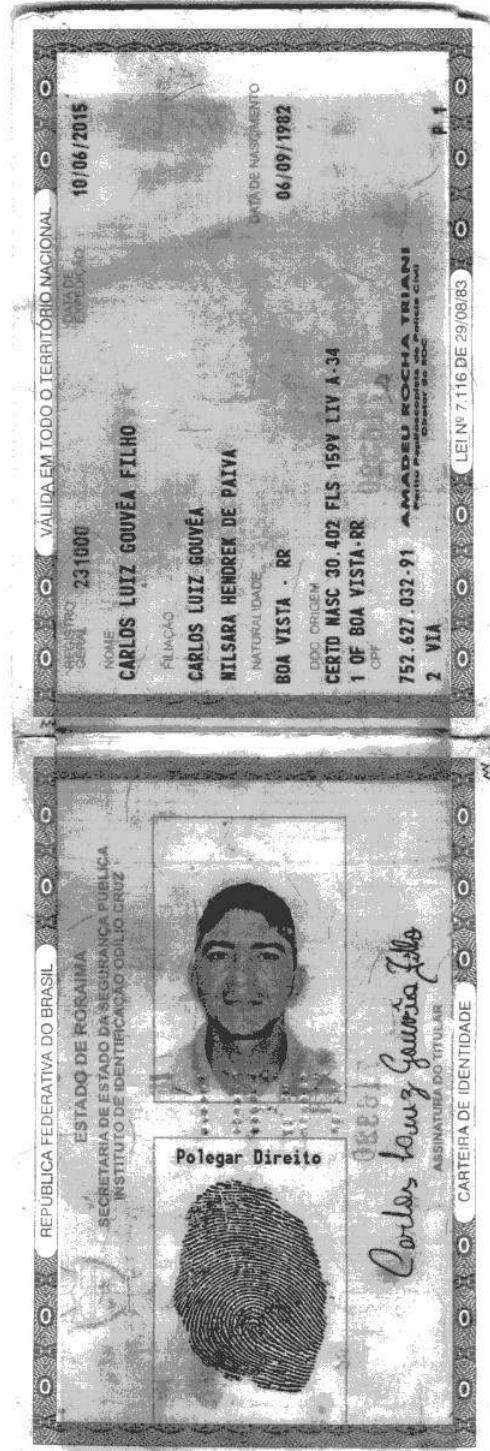
MÊS

05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71





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:	pintor automotivo
IDENTIDADE:	231000 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Jan de Silva mta

OUTORGADO

NOME:	Gleis Lídice da Silveira
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	funcionaria
IDENTIDADE:	144.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Antonio p. Galvao 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, vitima: Carlos Luiz Gouveia Filho.

Boa Vista 25-11-19

LOCAL E DATA

X Carlos Luiz Gouveia Filho

ASSINATURA DO OUTORGANTE



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237064/20

Vítima: CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

CPF: 752.627.032-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2019

Titular do CPF: CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

MANOEL COELHO NETO