

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: 2942233820201221111150

Processo 0830430-55.2020.8.23.0010 ☆ - (24 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:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 10	21/12/2020 11:11:50	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773215CONTESTACAO01.pdf Público
10.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773215CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
10.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
9	18/12/2020 15:57:37	RENÚNCIA DE PRAZO DE YCARO MOSIAH RAMOS SILVA REPRESENTADO(A) POR GEILMA FABIANE DA SILVA Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (27/11/2020)	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS Advogado
8	08/12/2020 00:00:58	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Ycaro Mosiah Ramos Silva representado(a) por GEILMA FABIANE DA SILVA) em 09/12/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (27/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
7	27/11/2020 14:06:20	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Ycaro Mosiah Ramos Silva representado(a) por GEILMA FABIANE DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (27/11/2020)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário
[+] 6	27/11/2020 10:37:40	CONCEDIDO O PEDIDO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
5	26/11/2020 20:19:26	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	26/11/2020 20:19:25	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	26/11/2020 20:19:25	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	26/11/2020 20:19:25	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	26/11/2020 20:19:25	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, 17 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200331902

Vítima: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEILMA FABIENE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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 16131670



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, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331902

Vítima: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GEILMA FABIENE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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 16147101

Pag. 00095/00096 - carta_02 - INVALIDEZ





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, 01 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331902

Vítima: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEILMA FABIENE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16181657

Pag. 01531/01532 - carta_04 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Indique 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: 000.000.000-00 4 - Nome completo da vítima: Ycaro Mesiah Ramos Silva

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

5 - Nome completo: Ycaro Mesiah Ramos Silva 6 - CPF: 000.000.000-00
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: Rua: US 9 - Número: 215 10 - Complemento:
11 - Bairro: cidade satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-471
15 - E-mail: LLOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)98404-5368

DADOS CADASTRAIS 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: Geilma Fabiane da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 961.609.599-00 19 - Profissão do Representante Legal: atendente

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: 0653 CONTA: 34756-9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vaimascer)? ☐ 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, 15/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 10177/2020 - Registrado em: 02/09/2020 às 12h 56min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 09/01/2020 às 18h 30min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: RUA J

Bairro: CIDADE SATELITE

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

GEILMA FABIENE DA SILVA (27), nascido(a) em 15/02/1993, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ATENDENTE, CPF Nº 967.809.592-00, País: BRASIL, natural de ACOPIARA-CE, filho(a) de JOSEFA FELICIO DA SILVA e JOSÉ GENILSON DA SILVA, endereço: 05 Q-07 L- 215 C- 15, cep: 69317-471, Nº: 97, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99132-4522.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE VEIO INFORMAR QUE SEU FILHO MENOR DE IDADE, YCARO MOSIAH RAMOS SILVA, ESTAVA TENTANDO ATRAVESSAR A RUA QUANDO FOI SURPREENDIDO E ATINGIDO POR UM CARRO. O MESMO VEICULO AJUDOU A SOCORRER A CRIANÇA LEVANDO-O AO HOSPITAL COSME E SILVA, ONDE LOGO RECEBEU ALTA MEDICA, NO DIA SEGUINTE PASSOU MAL E FOI LEVADO AO HOSPITAL DA CRIANÇA ONDE FOI CONSTATADO FRATURA CRANIANA, ESTE É O RELATO.

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

JUVENAL JOSÉ DOS SANTOS JUNIOR
APC
MATRÍCULA: 42000251
ASSINADO ELETRONICAMENTE

Geilma Fabiene da Silva
GEILMA FABIENE DA SILVA
COMUNICANTE





REGISTRO CIVIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

MATRÍCULA:

096511 01 55 2014 1 00165 231 0099876 66

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Trinta de setembro de dois mil e quatorze

DIA
30

MÊS
09

ANO
2014

HORA NASC

04h17min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Boa Vista/RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

Boa Vista-RR

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Materno Infantil
Nossa Senhora de Nazareth

SEXO

Masc

FILIAÇÃO

IGOR COSTA RAMOS, natural de Mata Roma/MA e GEILMA
FABIENE DA SILVA, natural de Acopiara/CE

AVÓS

Maricelmo de Adão da Silva Ramos e Rosângela Costa
Carneiro (paternos) e José Genilson da Silva e Josefa
Felicio da Silva (maternos)

GÊMEOS

Não

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

Nada consta.

DATA DE REGISTRO POR EXTENSO

Quatorze de outubro de dois mil e quatorze

Nº DNV

30-064006201-8

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro A-165, às folhas 231 verso, sob o
nº 99876. 1ª Via. Declarante: O pai:

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou
fé.
Boa Vista-RR, 20 de outubro de 2014

NOME DO OFÍCIO
Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR
Wagner Mendes Coelho

MUNICÍPIO/UF
Boa Vista-RR

ENDEREÇO
Av. Ataíde teive, 2.042

REGISTRO CIVIL
Wagner Mendes Coelho



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0102383-7

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº DA NOTA FISCAL 5779499 FCAM*

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

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\$)
AGOSTO/2020	01/09/2020	50	39,81

GETULIO PEREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 00032907524291
R. 05 97 Q-07 L-15 C-15 CIDADE SATELITE
CEP: 69.317-471 BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 12/08/2020 Anterior: 14/07/2020 Próxima leitura: 11/09/2020
Emissão: 11/08/2020 Apresentação: 12/08/2020 Dias de consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Faturamento Modalidade
1.4.1.1 RESID.BX.RENDAIONOF E2730664 NORMAL CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	1494,2							
Leit. Anterior	14902							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido								
Faturado:	50							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	30 A R\$ 0,218776 =	6,56
	20 A R\$ 0,375050 =	7,50
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		17,19
MULTA POR ATRASO DE I 06/20 00		0,74
JUROS DE MORA POR ATR 06/20 00		0,09
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		24,92

OUTRAS INFORMAÇÕES

IMPORTE DO PAGAMENTO
0 A 00 - 0,000000
0 A 00 - 0,000000

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 90



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Atenção: a Roraima Energia não se responsabiliza pelo fornecimento de energia elétrica em caso de interrupção de serviço. O usuário deve verificar o status da rede elétrica e, em caso de interrupção, contatar a Roraima Energia para maiores informações.

Resumo da conta de energia elétrica de agosto de 2020. O valor total a pagar é de R\$ 39,81. O vencimento é em 01/09/2020.

RESERVADO AO FISCO E877.23E6.0792.2137.E562.9DD3.B180.6BD7

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	8,99
Distribuição:	1,46
Transmissão:	0,00
Encargos:	0,00
Perdas:	0,50

Base de Cálculo:

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	0,00		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	0,00		
DMIC	Mensal		Mensal



Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a



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	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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG: BRASIL
114807 SSP RR

CNP
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC CAT: AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

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 ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu

Flair Inácio de Souza

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

Ycaro Moriah R. Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.000.000 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ycaro Moriah R. Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.000.000 / 00, 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. Góes</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ELDERRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data:

Boa Vista - RR, 15/07/2020

Assinatura do Declarante



83294

83294

10/01/2020
10/01/2020
10/01/2020

708203149009144

30/09/2014

M

YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

GEILMA FABIENE DA SILVA



Ficha de Atendimento
URGENCIA/EMERGENCIA
Cor Classificação: LARANJA
Senha: UE0038

Usuário do Cad.: MARCOS.FILHO



Marcos Filho

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 83294 Data Nascimento: 30/09/2014 Idade: 5 Anos / 3 Meses / 10 Dias
Nome do Paciente: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA
Sexo: MASCULINO
Endereço: RUA 05 Naturalidade:
Bairro: CIDADE SATELITE Número: 97
CEP: 69309000 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone: 991324522
Nome da Mãe: GEILMA FABIENE DA SILVA CNS: 708203149009144

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável: Parentesco: Fone:
Identidade: CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 246883 Data Atendimento: 10/01/2020 09:08:18 Data Classificação: 10/01/2020 09:08
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: UE || URGENCIA E EMERGENCIA
Local de Procedência: DOMICILIO
Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO ONTEM FOI ATENDIDO NA PCCS, APRESENTOU VOMITO HOJE, CEFALEIA TONTURA E DOR

Observação:

Peso: 17.8 KG Temp.: 36 Usuário triagem: MARIA GORETE LIMA PIRES

Atendimento concluído

ANAMNESE/HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

10:35 Paciente com história de acidente de trânsito onde
a mãe foi atendida no (PCCS) houve cefaleia, tontura, náusea
e vômito com febre de 38,5°C + tontura + vômito 4x hoje + dor
cefálica + dor abdominal
Acidente com carro. Evoluindo

EXAMES SOLICITADOS:

Exames solicitados: Exames de rotina

CONDIÇÃO:

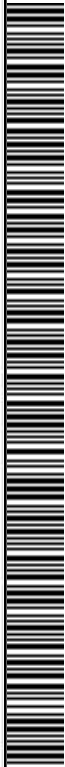
Cond. Paciente, com a filha evoluindo a melhor

sem escalas no TCC

Do TCE + TCM

Instituto Hospitalar

Rorla L. Velozquez de La Cruz
Médico
CRM-RR 1880





Nome YCARO MOZIAH RAMOS SILVA

Cód. Pac.:67968

Data:10/01/2020 Idade:5A3M Procedência: HC SA

Médico Solicitante:BORIS LA CRUZ

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

Protocolo:

Aparelho multislice, sem a infusão intravenosa do contraste iodado.

Indicação:

Trauma.

Relatório:

- Tênu aumento volumétrico / densificação de partes moles extracranianas na região parietoccipital lateral direita (provável hematoma subgaleal pós-traumático).
- Fratura discretamente desalinhada no osso parietal à direita com extensão caudal ao aspecto posterior da porção mastoidea do osso temporal e sutura occipitomastoidea ipsilaterais, com certa disjunção desta última.
- Ausência de coleções hemáticas extra-axiais ou hemorragias intraparenquimatosas detectáveis ao método.
- Demais aspectos sem alterações significativas neste contexto.

Dr. Leonardo Furtado Freitas CRM140750

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Nome **YCARO MOSIAH RAMOS SILVA**
Data: 13/01/2020 Idade: 5A3M Procedência: HCSA
Médico Solicitante: MARILIA MONTEIRO

Cód. Pac.: 67968

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo

Realizados cortes axiais do crânio no plano órbito meatal, sem a injeção endovenosa de contraste iodado.

* Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.

Indicação:

- Controle de TCE.

Relatório:

- Traço de fratura longitudinal no osso parieto-occipital direito, cruzando a sutura. Associam-se discreto aumento de partes moles/hematoma nesta topografia.
- Discreta coleção laminar extra-axial na convexidade frontal esquerda (espessura de até 0,3 cm), associada a uma hipotenuação/contusão parenquimatosa focal da cortical.
- Tronco cerebral e cerebelo preservados.
- Ventriculos laterais e III ventrículo com morfologia, dimensões e situação normais.
- Linha média sem desvios significativos.

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico Imagenologista
CRM-RR 1232

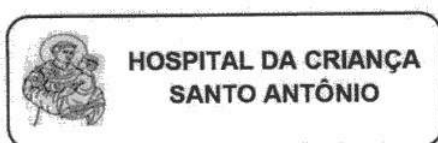
Dr. Leomar Hitotuzi

CRM1232

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Rua José Coelho, 38 - Centro - CEP: 69.301-300 - Boa Vista - RR
Responsável Técnico: Dr. Juliano Medeiros Lima - RQE: 443/RR
Fone: 95 3198-3200 / 3198-3201



PEDIDO DE PARECER



BLOCO: Amarela

LEITO: 25

Nº do Registro: 83294 Data de Nascimento: 30.08.14

Nome: Yacine Nassiah Reme Sexo: masculino 5 ANOS

A Clínica Neurocirurgia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do paciente).

Foi atropelado por um carro
Tomopet - Nature cranes
Solub overbay

Data

11 / 01 / 20

Marcia Pinheiro
Pediatria

Assinatura e Carimbo do Médico Requisitante

PARECER:

13:00 Dr simão contato telefônico
Avalia TC não tem conduta
Neurocirurgica no momento
solicitar TC controle com 48 horas
ou se apresentar alterações Neurológicas

Dr. João Carreno
Médico
CRM-RR 1860

comunicado!



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PEDIDO DE PARECER



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BLOCO:

LEITO: 59

Nº do Registro: _____ Data de Nascimento: _____

Nome: Ycaro Sexo: _____

A Clínica

Neurocirurgia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do paciente).

Paciente el TCE + fratura parieto occipital
TC de controle no prontuário (após 48hs)
no momento el torturas eventuais
Sobito avaliação grata.
Temperatura 37,2.

Data

15 / 01 / 2020

Assinatura e Carimbo do Médico Requisitante

Dr. Mário J. L. Santanna
Neurocirurgia
17/01/2020

PARECER:

hade neuropsiquico

fratura de maxilas.

sem procedimentos neuropsiquico

Dr. Mário J. L. Santanna
Neurocirurgia
05/01/20



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RESUMO DE ALTA



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

Nome: Ycaro Moriah Ramon Silva

Idade: _____ Sexo: _____ Prontuário: 83294

Data de Internação: 10/01/20 Data da alta: 16/01/2020

Diagnóstico de saída: _____

TCE

Evolução\ Complicações durante a internação: Paciente vítima de atropelamento por carro, c/ TCE e fratura longitudinal no osso parieto-occipital D, atingindo a sutura. Lesão isolada extra-axial na convexidade frontal E. Realizou TC dia 10/01 e 13/01 - neurocirurgia descartou complicações.

Medicação no momento da alta: 15/01 Leuco 7710 - 58,3 N, 26,3 L, 8,8% E, Hb 11,6, VCM 76,1, HCM 26, RDW 12,1, plaq 260 mil, PCR 3,65

Recida alta pulando, brincando, com tentativas eventuais aos esforços.

Observações e comentários: _____

Ass. seguras. Internação e vigilância

Condições na alta: Curado _____ Melhorando: X Inalterado: _____

A pedido: _____ Óbito: _____

Dra. Marli
Pediatra
RPPR 172402

Médico responsável

ANEXO I

 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			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		18 - UF	
19 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
24 - CID 10 PRINCIPAL			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO			
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		40 - Nº DO BILHETE	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - SÉRIE	
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
44 - CBOR			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

ANEXO I

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	
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		83294	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
308203149009144		30/09/2014	
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR	
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3			
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
Selma Inezine da Silva		DDD	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
		DDD	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Rua OS H 93 Cidade Santa Rita		18 - UF	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		19 - CEP	
Bom Ulsin		R 2	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Paciente com história de acidente de trânsito onde a vítima foi atropelada por veículo, caindo sobre o asfalto com um braço quebrado H4 H051 + um corte + CEfalo + um 93 dormindo no chão			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
fzr			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
TCE (Transtorno)			
24 - CID 10 PRINCIPAL			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO			
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Internação Hospitalar			
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29 - CLÍNICA			
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
31 - DOCUMENTO			
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
10 JAN. 2020			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
39 - CNPJ DA SEGURADORA			
40 - Nº DO BILHETE			
41 - SÉRIE			
42 - CNPJ EMPRESA			
43 - CNAE DA EMPRESA			
44 - CBOR			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
48 - DOCUMENTO			
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			



GEILMA FABIENE DA SILVA

FILIAÇÃO..... JOSE GENILSON DA SILVA
JOSEFA FELICIO DA SILVA
NASCIMENTO..... 15/02/1993 SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO
NATURALIDADE: ACOPIARA - CE
DOCUMENTO..... R.G. 3262537 SESP RR 21/12/2004
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF: 967.809.592-00 CNH:
TIT. ELEITOR: 004200442666 SEÇÃO: 282 ZONA: 5
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 17/12/2009



TRABALHADOR

Este é o sistema de registro (CPS) do trabalhador, que contém os dados pessoais e profissionais do mesmo, bem como a identificação do empregador e do estabelecimento de trabalho. O sistema é utilizado para a emissão de documentos oficiais, como a carteira de trabalho e o registro de ponto. O trabalhador deve manter este documento sempre atualizado e em posse, pois ele é necessário para a comprovação de sua situação profissional e para a obtenção de benefícios previdenciários.

161.99044.74-7

3494082

003-0

RR

Geilma Fabiene da Silva



VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a



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	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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG: BRASIL
114807 SSP RR

CNP
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC CAT: AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

750009.000000001081.917005200055



REGISTRO CIVIL

Wagner Mendes Coelho

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

MATRÍCULA:

096511 01 55 2014 1 00165 231 0099876 66

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Trinta de setembro de dois mil e quatorze

DIA
30

MÊS
09

ANO
2014

HORA NASC

04h17min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Boa Vista/RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

Boa Vista-RR

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Materno Infantil
Nossa Senhora de Nazareth

SEXO

Masc

FILIAÇÃO

IGOR COSTA RAMOS, natural de Mata Roma/MA e GEILMA
FABIENE DA SILVA, natural de Acopiara/CE

AVÓS

Maricelmo de Adão da Silva Ramos e Rosângela Costa
Carneiro (paternos) e José Genilson da Silva e Josefa
Felicio da Silva (maternos)

GÊMEOS

Não

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

Nada consta.

DATA DE REGISTRO POR EXTENSO

Quatorze de outubro de dois mil e quatorze

Nº DNV

30-064006201-8

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro A-165, às folhas 231 verso, sob o
nº 99876. 1ª Via. Declarante: O pai:

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou
fé.
Boa Vista-RR, 20 de outubro de 2014

NOME DO OFÍCIO
Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR
Wagner Mendes Coelho

MUNICÍPIO/UF
Boa Vista-RR

ENDEREÇO
Av. Ataíde teive, 2.042

REGISTRO CIVIL
Wagner Mendes Coelho

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Geilma Fabiene da Silva
NACIONALIDADE: Brasileira
PROFISSÃO: Atendente
IDENTIDADE: 3262537 SESP/RR
ENDEREÇO: Rua: 05 97 A-07 L-215 C-15 cidade Satélite

OUTORGADO

NOME: Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE: Brasileira
PROFISSÃO: Autônomo
IDENTIDADE: 114807 SSP/RR
ENDEREÇO: Rua Antonio Pinheiro Galvão 1832 Curitiba

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: 09/01/2020 cobertura Invalidez, vítima:

Ycaro Norishi Ramos Silva

Geilma Fabiene da Silva

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 02 DE Setembro /2020.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261479/20

Vítima: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

CPF: 967.809.592-00

CPF de: Representante

Data do acidente: 09/01/2020

Titular do CPF: GEILMA FABIENE DA SILVA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
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

GEILMA FABIENE DA SILVA : 967.809.592-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 16/09/2020
Nome: GEILMA FABIENE DA SILVA
CPF: 967.809.592-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

GEILMA FABIENE DA SILVA

MANOEL COELHO NETO

Seguradora
LÍDER
Administradora de Seguros DPVAX

DADOS DO SINISTRO

Natureza: Invalidez Permanente

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Descrição do exame físico: Exame físico sem alterações.

Sequelas permanentes:

Data do exame físico: 28/09/2020

Observações: Não foram identificadas alterações funcionais decorrentes do trauma.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



DADOS DO SINISTRO

Natureza: Invalidez Permanente

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200331902 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA **Data do acidente:** 09/01/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA DO OSSO PARIETAL À DIREITA. p2,4,8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



DADOS DO SINISTRO

Natureza: Invalidez Permanente

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Descrição do exame físico: Exame físico sem alterações.

Sequelas permanentes:

Data do exame físico: 28/09/2020

Observações: Não foram identificadas alterações funcionais decorrentes do trauma.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00





**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200331902

Nome do(a) Examinado(a): YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua 05, 0, QD 7 LT 215, Boa Vista/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 000000

Data e local do acidente: 09/01/2020 - Boa Vista/RR

Data e local do exame: 28/09/2020 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas: latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO COM CONSEQUENTE FRATURA DO CRANIO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR CLINICO, NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO NEUROLÓGICA, NÃO TEVE REVISÃO APÓS ALTA HOSPITALAR.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Exame físico sem alterações.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Menor de 05 anos veio acompanhado de sua mãe a Sra.: GEILMA FABIANE DA SILVA-
RG: 326253-7 RR Mãe relata queixas auditivas, mas não tem laudo de otorrino e nem encaminhamento.


Dra. Regina Claudia de Moraes Almeida
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

