
Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338541

Vítima: CHIRLENE DA SILVA TORRES

Data do Acidente: 01/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CHIRLENE DA SILVA TORRES

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, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338541

Vítima: CHIRLENE DA SILVA TORRES

Data do Acidente: 01/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CHIRLENE DA SILVA TORRES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 01/06/2020, emitida pelo Dr. THAÍS FERREIRA, CRM nº 2061 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

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: 940.825.702-25 4 - Nome completo da vítima: Chitene da Silva Torres

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

5 - Nome completo: Chitene da Silva Torres 6 - CPF: 940.825.702-25
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Estrela Dalva 9 - Número: 3453 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Tropical 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-635
15 - E-mail: LLOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3588 CONTA: 865073452 0 AGÊNCIA: CONTA: (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 (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

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 19/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00016857/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/06/2020 09:44:59 Data/Hora Fim: 01/06/2020 09:44:59
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 812275-I Data: 01/06/2020
Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 01/06/2020 06:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Dr. Silvio Botelho
Logradouro: AV NAZARE FILGUEIRAS
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SILENE (VÍTIMA)
Nacionalidade: Brasileira
Profissão: Não Informado

Nome Civil: ELANE ARAUJO DA SILVA (ENVOLVIDO (AUSENTE))
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 22/11/1986
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: MARIA NILZA GOMES SOARES Nome do Pai: FRANCISCO BARBOSA DA SILVA

Documento(s)

RG: 264956
CPF: 854.212.602-59

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA PIRARARA Nº: 731
Complemento: CASA
Bairro: PISCICULTURA CEP: 69.314-112
Telefone: (95) 99124-5917 (Celular)

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)
Ramo de Atuação: Órgão público Representante: Sd/pm Gimaque
Endereço
Município: Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00016857/2020

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 854.212.602-59	Placa NAQ1873
Renavam 00528794949	Número do Motor E3E2E-019872
Número do Chassi 9C6KE1000C0056613	Ano/Modelo Fabricação 2012/2011
Cor PRETA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo YAMAHA/NEO AT115
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 03/04/2013	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
ELANE ARAUJO DA SILVA	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

CONFORME ROP ANEXO

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente de Polícia
Matricula 42000370
Responsável pelo Atendimento

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



PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I
Nº. 812275

Vtr 009	SUCp CIPTUR	Data 01/06/2020	S/Setor Oeste	H/Trans. 06.40	H/ini 06.40	CH/h 06.42	H/Fin 09:00
Cód. Oc. 1001/1003		Cód. Prov. 13010/13999		Cód. Ser. :P:rest.	Kml. 52070	KmF. 52077	

END: AV. NAZARE FIGUEIRAS

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Nº S/N Bairro

DR. SILVIO
BOTELHO

Ref.: ESC. AMERICA
SARMENTO

1 PROPRIETARIA	Nome	ELANE ARAUJO DA SILVA	
Endereço:	RUA PIRAIBA	Nº	731
RG:	264956 SSP/RR	CNH	05761726334
CPF:	682888402-72	Telefone:	991245917
		Idade:	XX E Civil: SOLTEIRA
		Bairro:	SANTA TEREZA
		Profissão:	XXXXX

VEICULO ENVOLVIDO

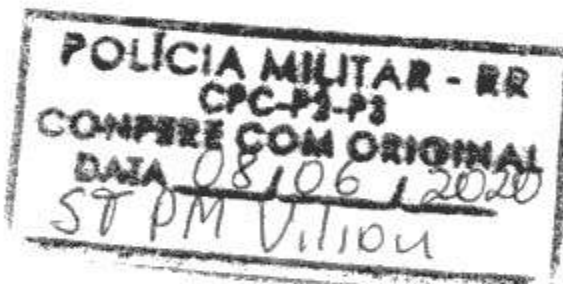
V1: YAMAHA/ NEO AT 115 DE COR PRETA DE PLACA NAQ-1873

RECEBI OS CONDUZINDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: Não Houve conduzidos e materiais apreendidos
apresentados.

ASSINATURA *Jucara Nham* CARGO *AVC* LOCAL *DAT*
HISTÓRICO

SENHOR (a) DELEGADO (a)

Accionados, via CIOPS, para o atendimento de ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado, onde apenas se encontrava a motoneta Yamaha neo de placa NAQ-1873 e que segundo os populares informaram que a condutora que estaria grávida havia caído após ter passado por um buraco que tinha na via. Diante dos fatos deslocamos ao HGR para colhermos mais informações, porém a condutora somente informou que seu nome era Silene, pois apresentava sonolência e não conseguia mais informar nada. A motocicleta foi removida ao pátio do DETRAN e as medidas administrativas cabíveis foram feitas. Era o que tinha a relatar.



Wandilson da Costa
GIMAQUE

41 389-5
CADASTRO

SOLDADO
GRADUAÇÃO

CIPTUR



PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 812336

Vtr 010	SUCp CIPTUR	Data 16/06/2020	S/Setor OESTE	H/Transm XXXX	H/ini XXXX	CH/h XXXX	H/Fin 08h30min	
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13999	Cód. Ser. Prest. *****	Kml. XXX	KmF. XXXX				

LOCAL DA OCORRÊNCIA

End.: AV. NAZARE FIGUEIRAS Nº ***** Bairro: DR. SILVIO BOTELHO Ref: ESC. AMERICA SARMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1 Envolvida Nome: CHIRLENE DA SILVA TORRES Idade 33 E. União
Endereço: Rua Raimundo Rodrigues Coelho Nº 2674 Bairro: Senador Helio Campos
RG: 3161200 SSP/RR CNH: XXXXXX Profissão: Serviço Gerais
CPF: 940.825.702-25

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

- V1(Envolvida 01): YAMAHA NEO AT 115 DE COR PRETA DE PLACA NAQ-1873. LAMAS.

RECEBI OS CONDUZINDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: não houve conduzidos ou materiais apreendidos.

ASSINATURA *Wandelino Satino Gimaque da Silva* CARGO *APC* LOCAL *DAT*

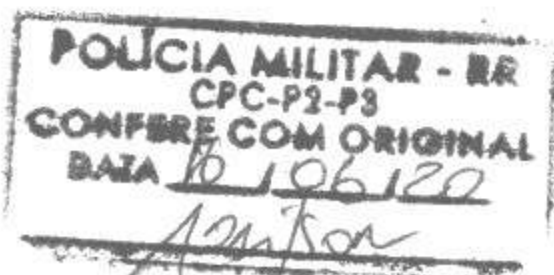
HISTÓRICO

SENHOR (A) DELEGADO (A):

Veio por meio deste complementar o ROP de numero 812275 com os dados da condutora preenchidos no campo do (item 1) desse ROP.

Era o que tinha a relatar

Wandelino Satino Gimaque da Silva	413895	SD PM	CIPTUR	<i>Wandelino Satino Gimaque da Silva</i>
Nome	Matrícula	Posto/Grad	Und	Assinatura



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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200338541 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CHIRLENE DA SILVA TORRES **Data do acidente:** 01/06/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 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: 5199362

MARISTELA DA SILVA

R. ESTRELA DALVA, 3453

JARDIM TROPICAL

69314635 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 618160	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 16-APR-20 a 15-MAY-20
CONSUMO (kWh) 160	VENCIMENTO 06-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 156,27

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 618160	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 156,27
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000012.562700750002.000000000612.816005200059





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 TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME ILOIR INACIO DE SOUZA			
	DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR/AUF 114807 SSD RR		
	CPF 393.051.512-04	DATA NASCIMENTO 07/04/1978	
	FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO		
	ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA		
TTUDENH	PERMISSÃO 	ACC 	CAT/HAB AB
	Nº REGISTRO 011019/2304	VALIDADE 28/01/2020	1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999
OBSERVAÇÕES			
			
LOCAL BOA VISTA - ROFAIMA		DATA DE EMISSÃO 30/01/2015	
92485240616			

750009.000000001081.917005200055



VIFC DR

000

BOA VISTA - ROFAIMA

DATA DE EMISSÃO —
30/01/2015

92485240610

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/BIBLIOTECASWEB/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 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 Ilair Inácio de Souza

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

Chirlene da Silva Torres inscrito (a) no CPF sob o Nº 940.825.702 / 25

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Chirlene da Silva Torres

inscrito (a) no CPF sob o Nº 940.825.702 / 25, 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 Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 20/09/2010

Assinatura do Declarante



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME: André do Silva Torres 17/04/1987

Paciente deu entrada no Triage do HOR
no dia 12/06/2020 no leito 100, vítima
de acidente de moto, pouco consciente, apresentando
lesões de embriaguez e ferimentos em face,
gestante de 6 meses. Sem cardápio de
especialidade e a audição distétrica.

Alta hospitalar de especialidade, sendo
acompanhada no ambulatório do Coração
e Rins.

Dra. Juliene Monauer
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO/RR 1273

DATA 02/06/2020

ASSINATURA E CARIMBO

Código: 200 124 68 24

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

FICHA DE ATENDIMENTO									
Paciente	Elizlene da Silva Torres			Data Nascimento	17-04-1987		UF: RR		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Contatos	
Mãe	Maristela da Silva			Pai	(95) 99137 3586				
Endereço	Rua Louisa Correia Moreira Nº 606 / São Bento								
Class. de Risco	Plano Convênio	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sit. Prenatal		
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA		Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Sector	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:			
Queixa Principal	"acidente de moto"								
Anamnese de Enfermagem	Sem SONAR na unidade				GSC	TOTAL 14			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h)					AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Paciente gestante, vítima de acidente de moto - alcoolizada, sonolenta, sem prancha rígida sem collar cervical, pupila, orientada, relato ter feito uso de bebidas alcoólicas, portando esquerdo (tabagista?). (A) Vias aéreas perviar, verbaliza (B) MVQ, SRIA, expansão simétrica; (C) Abdome gravidico, FU cerca de 2cm acima da cicatriz uterina, indolor à palpação.									
SADT - Exames Complementares									
☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:									
PRESCRIÇÃO									
① ECG 14, paciente sonolenta, alterando todo o movimento, desperta, não responde a perguntas, porém alcoolizada. (E) Apresentação cefálica, sem região umbilical direita. e curativo em região man.									
Ed: Observação									
Condução									
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório									
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)									
☐ Alta a Revelar ☐ Internação									
☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /									
Óbito									
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IM Anatomia Patológica / /									
Assinatura do Paciente ou Responsável					Carimbo e Assinatura do Médico				
					Thais S. I. Almeida Médica CRM-RR 2061				



BMF# 01/06/2020

Pt. vítima de acidente motociclístico, gestante, no momento sonolenta (alcoologado). Ao exame físico, apresenta ferimento suturado em mento, edema (+++) em região mandibular "D" + crepitação óssea em mandíbula + escorregão na face + fratura coronária do elemento dentário 22. Ao exame TC apresenta imagem compatível com fratura de condilo "D", ângulo "E" e zigoma esquerdo alinhada.

- CA: ① Avaliação
- ② Bloqueio maxilomandibular
- ③ Internação.
- ④ Regulação para H.I.


Ricardo Lourenço
Cirurgião e Traumatologista
Bucodentofacial
CRO-RR 1225

BMF# 01/06/2020

Procedimento (BMM) não realizado devido falta de roupa para entrar no CC.


Ricardo Lourenço
Cirurgião e Traumatologista
Bucodentofacial
CRO-RR 1225

BMF# 01/06/2020

Bloqueio MM não realizado, pois pct. na colaborativa, apresentando-se gestante (6^o mês) e com quadro de náusea. Pct. orientada, será internada e após alta hospitalar será acompanhada no ambulatório do HEM.


Ricardo Lourenço
Cirurgião e Traumatologista
Bucodentofacial
CRO-RR 1225



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
-------------------------	----------------	-----------------------------

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / CRG. EMISSORAE
114807 SSD RR

CIF
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT/MO
AB

Nº REGISTRO
011019:2304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616

750009.000000001081.917005200055





CHIRLENE DA SILVA TORRES

FILIAÇÃO.....CLEODATO SALES TORRES

MARISTELA DA SILVA

NASCIMENTO.....17/04/1987

SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL.....SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....R.G. 3161200 SLSP-RR 02/04/2004

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CNPJ.....040.825.702-25

CNH.....

TIT. ELEITOR.....036.71012674

SEÇÃO.....0111

ZONA.....006

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTT-RR 02/04/2004

165.49176.29-9

0549893

0050

RR

chirlene da silva torres



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Chirlene da Silva Torres

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 3161200 SSP-RR

ENDEREÇO: Rua Estrela Dalva, 3453, Jardim Tropical

OUTORGADO

NOME: Stevê Inácio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807 SSP-RR

ENDEREÇO: Rua Antonio P. 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:

01/06/2020 cobertura Incêndio, vítima:

Chirlene da Silva Torres

X Chirlene da Silva Torres

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 19 DE setembro /2020.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267051/20

Vítima: CHIRLENE DA SILVA TORRES

CPF: 940.825.702-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/06/2020

Titular do CPF: CHIRLENE DA SILVA TORRES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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

CHIRLENE DA SILVA TORRES : 940.825.702-25

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: 22/09/2020
Nome: CHIRLENE DA SILVA TORRES
CPF: 940.825.702-25

CHIRLENE DA SILVA TORRES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO