

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200366947

Vítima: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 05/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois os documentos entregues não permitem a leitura das informações.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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: 003.705.762-08 4 - Nome completo da vítima: JUAN GERSON FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: JUAN GERSON FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 003.705.762-08  
7 - Profissão: ACIONISTA 8 - Endereço: RUA FOSTAL 9 - Número: 78 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: JARDIM CLUBE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-048  
15 - E-mail: SANTANA.GUIMARAES@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 951 99169-3685

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\$1.000,00 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 POUPOANÇA (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: NU BANK

AGÊNCIA:  CONTA:  AGÊNCIA: 0001 CONTA: 28958719  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 CNJ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não utilizado

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, 10/08/2020

JUAN GERSON FREITAS FERREIRA

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: 00019137/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/07/2020 05:58:58 Data/Hora Fim: 05/07/2020 05:58:58  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 019510 Data: 05/07/2020  
Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 05/07/2020 01:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Caçari  
Logradouro: AV. VILLE ROY  
Ponto de Referência: CORUJA BURG  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIZ FELIPE DA SILVA BEZERRA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 22

Profissão: Fisioterapeuta

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG: 108009

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA MARIA ALVES DA CUNHA  
Bairro: Caçari  
Telefone: (95) 99112-1984 (Celular)

Nº: 532

Nome Civil: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 22

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Boa Vista - RR

Documento(s)

RG: 373057-3

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA POSTAL  
Bairro: Jôquei Clube  
Telefone: (95) 99147-4180 (Celular)

Nº: 78

Razão Social: POLÍCIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Denys Barbosa



Impresso por: Valdir Pereira da Silva  
Data de Impressão: 24/09/2020 10:19:19



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019137/2020

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
<b>Descrição</b> AUTOMÓVEL	<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 292.769.932-15
<b>Placa</b> OAM4592	<b>Renavam</b> 00996722033
<b>Número do Motor</b> CGY130974	<b>Número do Chassi</b> 9BGKS69L0EG320005
<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2014/2014	<b>Cor</b> AZUL
<b>UF Veículo</b> RR	<b>Município Veículo</b> Boa Vista
<b>Marca/Modelo</b> CHEV/PRISMA 1.4MT LT	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Situação</b> Envolvido	<b>Última Atualização Denatran</b> 26/09/2019
<b>Situação do Veículo</b> RENAINF - RESTRICAO_JUDICIAL_FILE_VEICULOS - ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RENAJD - RECALL	
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Ivan Gerson Freitas Ferreira	Possuidor

## RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO O ROP PM EM ANEXO:

SENHOR DELEGADO:

INFORMO QUE FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO ENDEREÇO CITADO ACIMA, ONDE O ITEM 02 ( LUIZ FELIPE ) INFORMOU QUE VINHA EM SEU VEÍCULO QUANDO VISUALIZOU O ITEM 01 ( IVAN GERSON ) DIRIGINDO UM VEÍCULO PRISMA, NA COR AZUL, PLACA OAM 4592 ( AM ), ONDE O MESMO AFIRMA QUE O ITEM 01 IA NA SUA FRENTE QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VINDO A COLIDIR EM UM POSTE DE ENERGIA ELÉTRICA, QUE DEVIDO AO FORTE IMPACTO O VEÍCULO FICOU TOTALMENTE DESTRUÍDO E O MOTOR DO VEÍCULO FOI PARAR EM UM TERRENO BALDIO, QUE O POSTE FICOU SENDO SUSTENTADO SOMENTE PELOS FIOS DE ALTA TENSÃO, QUE A EQUIPE DO SAMU ESTEVE NO LOCAL E PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS, CONDUZINDO O ITEM 01, PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, QUE FEITO CONTATO COM O POLICIAL MILITAR DE PERMANÊNCIA NO HOSPITAL, O MESMO INFORMOU QUE A EQUIPE MÉDICA DISSE QUE O ITEM 01 ESTAVA COM MÚLTIPLAS FRATURAS E SEU ESTADO ERA GRAVE, QUE ESTA GUARNIÇÃO CONSEGUIU FAZER CONTATO COM O PAI DO ENVOLVIDO, SENHOR GERSANIAS FERREIRA, 59 ANOS ( 99111-1839 ) DO ACIDENTE, ONDE FORAM REPASSADOS OS PERTENCES DO MESMO QUE ESTAVA NO VEÍCULO, QUE INFORMO QUE DEVIDO AO ENVOLVIMENTO NO ACIDENTE ESTÁ EM ESTADO GRAVE, E NÃO CONSEGUI REPASSAR NENHUMA INFORMAÇÃO, FOI POSSÍVEL CONSTATAR QUE O VEÍCULO NÃO ERA DE SUA PROPRIEDADE E DE QUE FOI TENTADO POR DIVERSAS VEZES A LOCALIZAÇÃO DO PROPRIETÁRIO CONFORME CONSTA NO DOCUMENTO DO VEÍCULO EM ANEXO, QUE O VEÍCULO FICOU NO LOCAL E O PAI DO ENVOLVIDO INFORMADO PARA QUE TOMASSE AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS PARA GUINCHÁ-LO. ERA O QUE TINHA A RELATAR.



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00019137/2020

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha

Agente Carcerário

Matrícula 42000372

Responsável pelo Atendimento

POLÍCIA MILITAR

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (imposto) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Condição do Código Penal Brasileiro."

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR



# 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: 003.705.762-08 4 - Nome completo da vítima: JUAN GERSON FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: JUAN GERSON FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 003.705.762-08  
7 - Profissão: ACIONADO 8 - Endereço: RUA FOSTAL 9 - Número: 78 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: JARDIM CLUBE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-048  
15 - E-mail: SANTANA.GUIMARAES@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 951 99169-3685

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\$1.000,00 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 POUPOANÇA (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: NU BANK

AGÊNCIA:  CONTA:  AGÊNCIA: 0001 CONTA: 28958719  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 CNJ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não utilizado

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, 10/08/2020

JUAN GERSON FREITAS FERREIRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capão da Branca, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | INSC. ESTADUAL: 26.007.023-9  
Nº de Fonecel: 0800 776811  
Regime Especial de Impostos Autorizado pelo SENAC 360/13

Para consultar com  
a Roraima Energia,  
ligue para o número



SEU CÓDIGO

0037137-8

Nº de Nota Fiscal: 002776811

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 19 de abril de 2002.

CONTA MÊS  
SETEMBRO/2019

VENCIMENTO  
16/10/2019

CONSUMO (KWH)  
50

TOTAL A PAGAR (R\$)  
63,80

GERSONIAS FERREIRA

R. POSTAL 79 JOQUEI CLUB

CPF: 00056963996468

CEP: 69.312-948 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual: 33132  
Anterior: 33132  
Dia de consumo: 29  
Constante de Multiplicação: 1,000  
Consumo medido: 0  
Consumo faturado: 50

DADOS DA LEITURA

Atual: 19/09/2019  
Anterior: 22/08/2019  
Próxima leitura: 19/10/2019  
Emissão: 03/10/2019  
Apresentação: 07/10/2019  
R: 31.001 / 7.03.040000

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: 8  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL  
Ligação: 51  
Número Medidor: 22827515  
Forma de Faturamento: MÍNIMO  
Modalidade: COMERCIAL

CONSUMO  
ILUMINACAO PUBLICA

50 A R\$ 0,766106 =

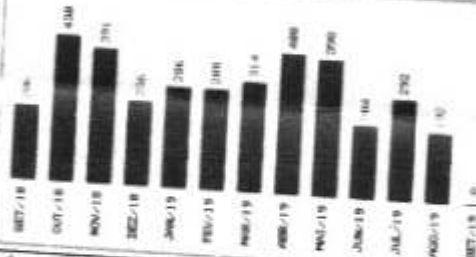
38,30  
25,50

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 50 - 0,634620

Média 12 meses: 300

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS  
IMPORTANTES

REAVISO DE  
VENCIMENTO

Valor R\$ 170,59  
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/10/2019, em função das contas realizadas nesta fatura. O não pagamento poderá gerar, também, a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda que a unidade consumidora possui uma dívida anterior no valor de R\$ 3.150,30 e a realização do pagamento afetará o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA SEU VENCIMENTO 16.11.19 21:20

RESERVADO AO FISCO - Valor R\$ 170,59 - Valor R\$ 170,59 - Valor R\$ 170,59 - Valor R\$ 170,59

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	20,50	Encargos:	1,00
Transmissão:	9,00	Tributos:	2,50

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo	Alíquota	Valor
CMR:	17,00%	3,28
PIS:	0,02202%	0,04
COFINS:	0,14072%	0,29

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	CMR	CMR
Limite	9,24	18,49	36,99	9,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	0,00			0,00				
Condição	FLORETA						0,00	
Período de operação							0,00	95,00



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capão da Branca, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | INSC. ESTADUAL: 26.007.023-9

SEU CÓDIGO

0037137-8

TOTAL A PAGAR - R\$

63,80

MÊS FATURADO

09/2019

VENCIMENTO

16/10/2019

Nº de Nota Fiscal: 002776811

836600000000 1 63600075000 7 00000000037 2 13780919004 5



REG: 00017  
LEITURA: 33132  
DT. VENC: 16/10/2019  
SAL: 00017-8  
PIS/COFINS  
LIGADO: 1000  
DT. LEIT: 19/09/2019  
T. ENTR: 01  
CMR: 4,99  
CMR2: 0,00 (100%)



Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este número

0032588-0

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ezequiel, 671 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº DA NOTA FISCAL 5405120 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\$)
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,07

ROMARIA PEREIRA DE SOUZA  
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA  
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 00087608650249

#### DATAS DA LEITURA

Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	21/07/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	30

#### DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	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	27842							
Leit. Anterior	27544							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	298							
Faturado:	298							

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	298 A R\$ 0,755234 =	225,05
ILUMINACAO PUBLICA		29,02

#### OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ A 298 - 0.617770

#### HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

0	62	75	80	1239	194	206	280	323	298	298
---	----	----	----	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----





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

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

2001254275

05/07/2020 01:56:51

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 8

Paciente **IVAN GERSON FREITAS FERREIRA**  
Data Nascimento **05/07/1997** Idade **23 A O M O D** CNS  
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo **M** Estado Civil **NAO INFORMADO** Raça/Cor **PARDA** Nacionalidade **BRASILEIRA**  
IDENTIDADE Mãe **NI** Contato **99111-1837**  
Endereço **RUA - SN - BOA VISTA - RR** Ocupação **PAI**

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal  
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE CARRO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão  
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. Registrado por: **ROSIVAN.BARROS**

Queixa Principal **Acidente de trânsito** ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)  
**Transtorno por acidente de trânsito com lesão no membro superior direito e lesão no membro superior esquerdo.**

Exame Físico **Exame físico realizado com o paciente em decúbito dorsal. (Corrige xpost) Com o paciente em posição para foto do veículo.**

Hipótese Diagnóstica **T.C. Infecção aguda de feridas por trauma**  
**Com lesão no membro superior direito e lesão no membro superior esquerdo.**

SADT - Exames Complementares **Rx de coluna C6** **RAIO-X** ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: **SPOT: 92%**

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<b>ISFOP 1000 ml EV (gelo)</b>	<b>8:00</b>	<b>Falta</b>
<b>PARAL 100 mg IM</b>	<b>30h</b>	
<b>ENLAXAR 1000 ml</b>		
<b>CEVRO 1000 ml</b>		

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: **Ortopedia**  
Data e Hora da Saída/Alta: **05/07/2020 02:00**

óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável **Dr. Odair M. Vaz**  
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: rosivan.barros  
Data Hora: 05/07/2020 02:00:03





## BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 05/07/2024

O.S.:

Nº 1816 60504  
PACIENTES PEDRO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ASSÉPSIA + ANTI-ASSÉPSIA
- CURSOS ESTÉREIS
- FRAÇÃO EXTERNA GRAVE CONVERTE
- CURE ± 12h GELADO → INFILTRAÇÃO
- TENDÃO DESINCRUSTADO + PEZDA
- ASSÉPSIA ALTERNADA DESINFETIZADO
- LANCAMINHO - INCRUSTADO
- RELONGAMENTO
- PEZDA MÓV. COMUM BONE - BONE
- LESÃO NERVO L. MÓV.
- COLAÇÃO FRAÇÃO EXTERNA GRAVE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN					
PACIENTE <b>IVAN GESSON FILIPE FARIAS</b>										
AGNÓSTICO										
ALERGIAS			HAS		NEGA		DM2		NEGA	
IDADE			LEITO		DATA					
ÍTEM	PRESCRIÇÃO							HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE							SND		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							Monte		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N							SN		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H									
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA							OG		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA							SN		
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ÍTEM 4							Atm		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h							18 24 OG		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N							SN		
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H							24 OG 12 13		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H							18 OG		
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG									
13	SSVV + CCGG 6/6 H									
14	CURATIVO DIÁRIO									
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										

Dr. Max Souto Maior  
Ortopedia e Traumatologia  
Médico do Trabalho  
CRM-RR 698  
RGE 434 708 308

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

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

#### SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



CC- 411

**RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA**

DATA: 05 de 2020

PACIENTE: Vitor Hugo Pereira DN: 1/1/

DIAGNÓSTICOS: Lesão por queda de altura

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: \_\_\_\_\_

2- PACIENTE: ☒ ACAMADO ( ) DEAMBULA ( ) O2 SUPLEMENTAR3- DIETA: ☒ VIA ORAL ( ) SNE ( ) OUTRA \_\_\_\_\_4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? ☒ SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ( ) SIM ☒ NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? ( ) SIM ☒ NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? ☒ SIM ☒ NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: \_\_\_\_\_  
PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR: \_\_\_\_\_

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente apresentando lesão por queda de altura, com fratura de fêmur direito e lesão de membro superior direito. Paciente está em tratamento clínico e cirúrgico.

Boa Vista, 05 de 07 de 2020. Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.  
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

( ) HC ( ) HLI ( ) HMI ( ) OUTRO \_\_\_\_\_

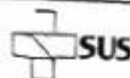


NIR

Anexo I

Anexo I: 03.07.2003

NIR



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

180913

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

05/07/1997

Masc. ☒Fem. ☐

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO SOCIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Dr. Max Souto Major  
Ortopedia e Traumatologia

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - SÉRIE

36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CNAE DA EMPRESA

39 - CBOR

40 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

43 - Cód. Órgão Emissor

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408020547

5520

V299

<div>  <div> REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  MINISTÉRIO DAS CIDADES  DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO </div> <div>  <div> RR </div> </div> </div>	
<div> VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1650874125 </div>	<div> NOME JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES </div>
	<div> DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF 1148763993 SSP MA </div>
	<div> CPF 627.942.803-68 </div> <div> DATA NASCIMENTO 26/07/1979 </div>
	<div> FILIAÇÃO NEURIVAN LOPES GUIMARAES LUIZA FEITOSA GUIMARAES </div>
	<div> PERMISSÃO  <div> ACC  CAT. HAB. AB </div> </div>
	<div> Nº REGISTRO 03412152366 </div> <div> VALIDADE 28/05/2023 </div> <div> 1ª HABILITAÇÃO 11/10/2004 </div>
	<div> OBSERVAÇÕES </div>
	<div> ASSINATURA DO PORTADOR </div>
	<div> LOCAL BOA VISTA, RR </div> <div> DATA DE EMISSÃO 29/05/2018 </div>
	<div> ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR </div> <div> 69180083613 RR209677511 </div>
	<div> ASSINATURA DO EMISSOR </div> <div> RORAIMA </div>



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200366947 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVAN GERSON FREITAS FERREIRA **Data do acidente:** 05/07/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 16/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P 2  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA COM LETRA ILEGÍVEL

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289860/20

**Vítima:** IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

**CPF:** 008.705.762-08

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 05/07/2020

**Titular do CPF:** IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

### IVAN GERSON FREITAS FERREIRA : 008.705.762-08

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/10/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE :

NOME: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

PROFISSÃO: AUTÔNOMO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

CPF: 008.705.762-08

RG: 373057-3 SSP/RJ

BAIRRO: JOQUEI CLUB

ENDEREÇO: RUA POSTAL Nº 78

CEP: 69.313-048

CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA

VÍTIMA: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

CPF: 008.705.762-08

DATA DO SINISTRO: 05.07.2020

NATUREZA: INVALIDEZ

## OUTORGADA :

NOME: JOSE SANTANA FEITOSA GIMARAES

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: AUTÔNOMO

Nº DO RG: 11486399-3

ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA

DATA DE EMISSÃO: 06.07.1999

Nº CPF: 677.942.803-68

ENDEREÇO: RUA GILBERTO Nº 312 BAIRRO: NOVA CANA

## PODERES:

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

BOA VISTA-RR, 23 de SETEMBRO de 20 20

IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289860/20

**Vítima:** IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

**CPF:** 008.705.762-08

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/07/2020

**Titular do CPF:** IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

### IVAN GERSON FREITAS FERREIRA : 008.705.762-08

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/10/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO