

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, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338202

Vítima: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

Data do Acidente: 27/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

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

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, 14 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338202

Vítima: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

Data do Acidente: 27/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
Documentação médico-hospitalar	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 identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois os entregues estão incorretos.

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: 4 - Nome completo da vítima:
060.129.682-64 KEVCIANY SAMULLYS GONCALVES GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	KEVCIANY SAMULLYS GONCALVES GOMES		6 - CPF:	060.129.682-64
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	AUTÔNOMO R. PROFESSORA ANTONIA CORRÊA 1484 CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	PINTOLANDIA BOA VISTA RR 69-316-755
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 195199169-2685			
SANTANAGUINARAIRES@GMAIL.COM				

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: NU BANK
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: 0001 CONTA: 25593266 6
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, Informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA RR 02-09-2020

KEVCIANY SAMULLYS GONCALVES GOMES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR
ENDERECO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 10155/2020 - Registrado em: 02/09/2020 às 11h 03min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 27/06/2020 às 21h 40min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: N 11

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: PINTOLANDIA

Tipo de local: BAR / LANCHONETE / CAFE

Referência: EM FRENTE A DISTRIBUIDORA TRAVADÃO

Complemento: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES GOMES (19), nascido(a) em 24/08/2001, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ESTUDANTE, CPF Nº 060.129.682-64, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de SONIA GONÇALVES LIMA e KEYCID ERISTON GOMES DA SILVA, endereço: RUA PROFESSORA ANTONIA COUTRIN, cep: 69316-755, Nº: 1484, bairro: PINTOLANDIA, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PX MATERIAL D CONSTRUÇÃO EXTRA, Telefone: (95) 99128-9327.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

SENHOR DELEGADO A COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADO ACONTECEU O SEGUINTE FATO, QUE CAMINHAVA PELA REFERIDA RUA QUANDO ACONTECEU UM ACIDENTE ENTRE UM GOL VERMELHO DE PLACAS JXU 2226 DE CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO E UMA MOTOCICLETA DE PLACAS E CONDUTOR NÃO INFORMADO, A REFERIDA MOTOCICLETA COM O IMPACTO INVADIU A CALCADA E ATROPELOU A COMUNICANTE VINDO A BATER COM A CABEÇA NO MEIO FIO E DESMAIOU CAUSANDO SEQUELAS DE TCE, O RESGATE FOI ACIONADO E A MESMA FOI SOCORRIDA ATÉ O GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JUVENAL JOSÉ DOS SANTOS JUNIOR
APC
MATRÍCULA: 42000251
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Keyciany Samyllys Gonçalves Gomes
KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES
GOMES
COMUNICANTE

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 9135

Número do pedido DPVAT: 320033

Data da solicitação: 08/10/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: REICIANY SANTILLYS Gonçalves Gomes

CPF do beneficiário: 060.129.692-64

Nome do solicitante: JOSÉ SANTANA PEREIRA JUNIOR

CPF do solicitante: 622.942.503-69

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (05) 97169-3685

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: SANTANA.CIVILMOPAC12@gmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: Carimbo da Previdência Especializada

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO PEGAR REANALISE DO SINISTRO EM VITÓRIA DO B.O.
COM O CARIMBO DA PREVIDÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO ASSIM
COMO NOME FUNCAO E MATRÍCULA DO AGENTE DE POLICIA
INTERNO PINTO QUE ESTE REGISTRO CONSTA ASSINADO EFETUO-
-NICAMENTE PELA PEGADA DA ESPECIALIZADA.
TENHO FE PÚBLICA.

Local e Data

Boa Vista-PE, 08/10/2020

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, à seu pedido (a seu rogo).

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: 060.129.682-64 4 - Nome completo da vítima: KEVCIANY SAMULLYS GONCALVES GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	KEVCIANY SAMULLYS GONCALVES GOMES		6 - CPF:	060.129.682-64
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	AUTÔNOMO R. PROFESSORA ANTONIA CORRÊA 1484 CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	PIOTOLANDIA BOA VISTA RR 69-316-755
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 195199169-2685			
SANTANAGUINARAIRES@GMAIL.COM				

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: NU BANK
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: 0001 CONTA: 25593266 6
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, Informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)	38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA RR 02-09-2020

Kevciany Samullys Goncalves

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)



RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Barreto, 671 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3Para contatar com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO:

0032588-0

Nº DA NOTA FISCAL 5405120 FCAM®

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,07

ROHARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA
CPF: 00087608650249

DADOS 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	Ligaçao	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	KWh	INJETADO	KWh	INJETADO	KWh	INJETADO	KWh
	TOT/PTA	TOT/PTA	F.PONTA	F.PONTA	INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1.000						
Resíduo							
Medido	298						
Faturado:	298						

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

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE METRAGEM
TARIFA SEM TRIBUTOS: R\$ 298 - 0,617770	0 62 75 89 1239 194 1 206 289 323 296 298

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBI_JOTECAWEB/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 Jéx Santana Feitozinha Marçá, inscrito (a) no CPF 627.942.803-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Keyciandy Samyllys G. Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.129.682-64, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Keyciandy Samyllys Gonçalves Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.129.682-64, 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 Lider-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	Rua Gideão	Número	312	Complemento	CASA
Bairro	Novo Caron	Qdade	Beira Vista	Estado	RR
Email	SANTANA.GIMMARESRR@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	195199169-3685	Telefone celular (DDD)	

Beira Vista, 14 de Setembro de 2020
Local e Data

Jéx Santana Feitozinha Marçá

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

1^ª Classificação Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

2001252668	27/06/2020 22:00:47	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-	15
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES		24/08/2001	18 A 10 M 3 D				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Mãe				F	SOLTEIRO(A)	PARD	BRASILEIRA
SONIA GONCALVES LIMA					Pai		Contato
Endereço					NI		(95) 99121-5056
RUA - PROFESSORA ANTONIA CUTRIM - 1484 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ATROPELAMENTO	URGÊNCIA						
Setor	Type de Chegada	Procedimento Sol.				Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA					WALDEMAR STOCKER	
Quelxa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL 15						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA : h)	<i>Paciente entrou de atropelamento por moto ciclote -/ trauma na face</i>						
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PREScrição 1) Dipirona 5g (EV) agora 2) Tetraxicam 20mg (EV) agora 22/10h 3) TC Crânia, cervical, face, encéfala (E) solicitado quando de TC realizada 03h Agenda quando de TC Observação Paciente mantém queixa de vertigem e não consegue sentar-se.							
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : : <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:						
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família	() IML Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável <i>Elias Carvalho Sales</i> <i>Cirurgia Geral</i> <i>CRM-RR 7105</i>							
Carimbo e Assinatura do Médico <i>Thais S. Ferreira</i> <i>Médica</i> <i>CRM-RR 2061</i>							
<i>03h40min Paciente evadiu-se</i>							



Nome: KEYCIANI SAMILLYS GUNÇALVES GOMES
 Médico: DRA. RAISA S.W. MURARI

Pedido: 0010081666
 Idade: 10ano(s)
 Coleta: 02/07/2020

EXAME: HEMOGRAMA

MÉTODO: Automatizado
 AMOSTRA.....: Sangue total (EDTA)

Eritrograma:

Hemácias	4.36 mm ³
Hemoglobina.....	13,3 g/dl
Hematócrito.....	40,0 %
V.C.M.....	91,74 fl
H.C.M.....	30,50 pg
C.H.C.M.....	33,25 %
RDW.....	11,4 %

Intervalo de Referência :	
MULHER:	4,0 a 5,2 x 10 ⁶ /mm ³
	12 a 16 g%
	35 a 46 %
	80 a 100 fl
	26 a 34 pg
	31 a 36 %
	11,5 a 15 %
HOMEM:	4,5 a 5,9 x 10 ⁶ /mm ³
	13,5 a 17,5 g%
	41 a 53 %
	80 a 100 fl
	26 a 34 pg
	31 a 36 %
	11,5 a 15 %

Leucograma:

Global.....: 7.430 / mm³

3,5 a 10 x 10³/mm³

Diferencial	%.....mm ³mm ³
Neut. Metamielocitos.:	%		0 a 0
Neut. Bastonetes.....	0,0 %	0	Ate 840
Neut. Segmentados.....	76,7 %	5.700	1.700 a 8.000
Eosinofilos.....	1,7 %	126	50 a 500
Basofilos.....	0,2 %	15	Ate 100
Linfocitos.....	15,8 %	1.170	900 a 2.900
Monocitos.....	5,6 %	416	300 a 900
Blastos.....	0,0 %	0	0 a 0

Plaquetas.....: 282.000 mm³

150.000 a 450.000 / mm³

RDW: Fator de variação dos diametros dos eritrocitos.



Vanessa Gomes de Alcantara
 Farmaceutica-Bioquimica
 CRF/RR - 623

Nome: **KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES GOMES**
Data: 02/07/2020 Idade: 18A10M Procedência: **ELETIVO**
Médico Solicitante: MAXIMO EDUARDO

Cód. Pac.: 57139

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo:

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

* Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.

Indicação clínica:

- TCE.

Relatório:

- Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.
- Tronco cerebral e cerebelo preservados.
- Sulcos e cisternas cerebrais normais para a faixa etária
- Ventrículos laterais e III ventrículo com morfologia, dimensões e situação normais.
- Ausência de calcificações de aspecto patológico.
- Linha média sem desvios significativos.
- Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.
- Não foram evidenciadas áreas de captação anômalas após a injeção do meio de contraste.

Conclusão:

- **Exame sem alterações significativas.**

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico
CRM/RR 1232

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

Dr Leomar Hitotuzi
Membro titular do CBR

/ CRM:1232 RR

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 ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Nome: KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES GOMES
Data: 02/07/2020 Idade: 18A10M Procedência: ELETIVO
Médico Solicitante: Raisa S. W. Murari

Cód. Pac.: 57139

ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTERIAL E VENOSA DO CRÂNIO

Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em aparelho multidetector, com uso de bomba injetora.
** Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.*

Indicação clínica:

- TCE.

Relatório:

- Artérias carótidas internas périvas, com trajeto e calibre preservados.
- Sifões carotídeos tópicos, de dimensões e atenuação para fluxo habituais.
- Artérias vertebrais e basilar périvas, com trajeto e calibre preservados.
- Segmentos identificados do Polígono de Willis com trajeto, calibre e atenuação para o fluxo normais.
- Não há evidências de estenoses, dilatação aneurismáticas ou malformações arteriovenosas nos segmentos arteriais.
- Seios sagital superior, inferior, reto, confluência dos seios, seios transversos e sigmóides apresentando dimensões e captação de contraste habitual, sem evidências de trombos no seu interior.
- Veia corticais superiores e drenagem venosa central sem alterações aparentes.
- Não há evidência de trombose no seio venoso.
- Não há evidências de infartos venosos.

Conclusão:

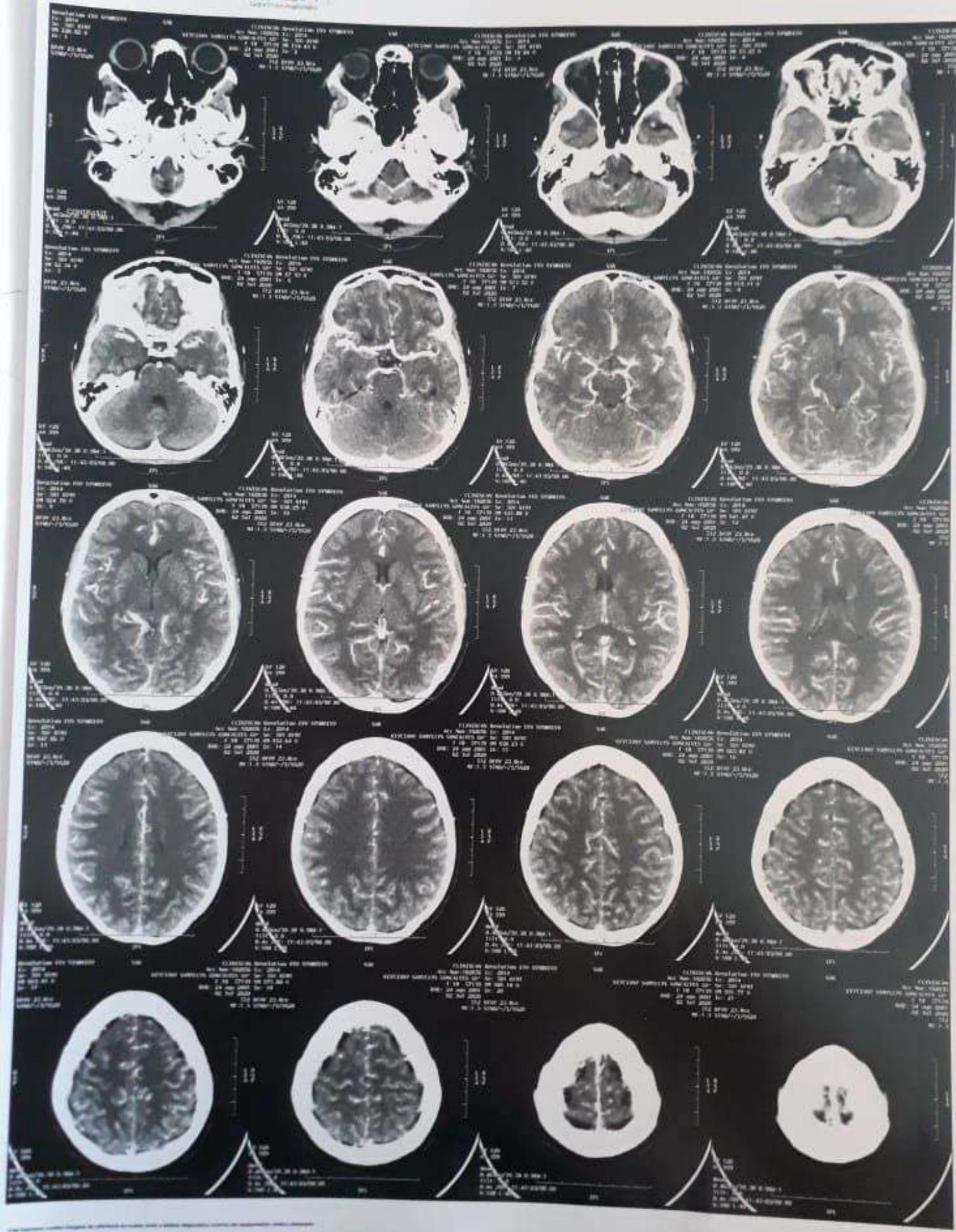
- *Exame de Angiotomografia arterial e venosa do crânio sem alterações significativas.*

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

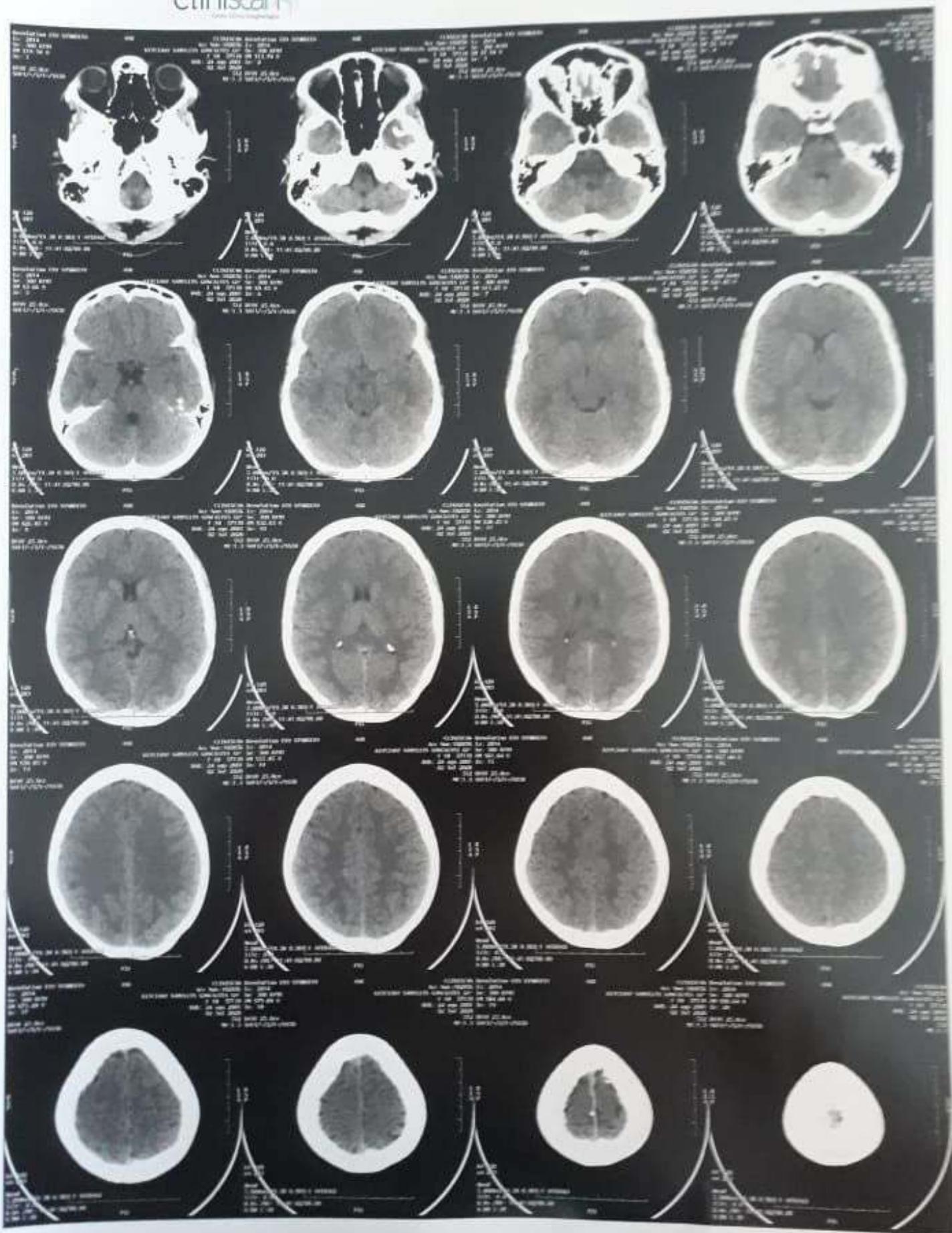
Dr. Leomar Nitofuzi
Membro titular do CBR

/ CRM: 1232 RR

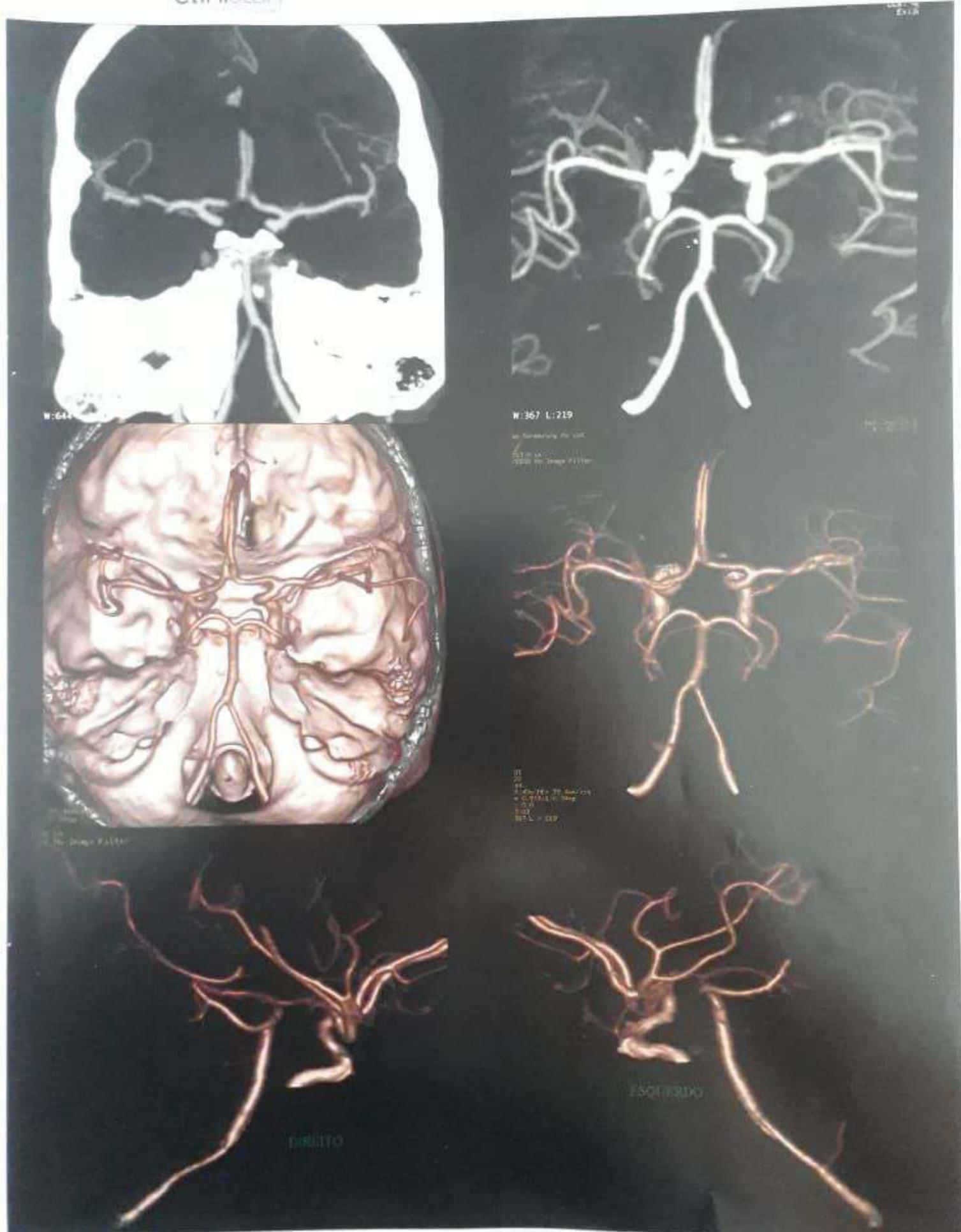
NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode-se modificar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



cliniscan
Corona Computed Tomography



cliniscan





Revolution EVO SYSTEM
Ex: 2014
Se: 602 RFNT
On 512.59 0
In: 1
DFOV 23.8cm
SOFT +/- 1/5550

CLINIC 5725
Acc Num: 102006
KEYCANY SAMULLYS GINCALVES GP
F 18 57.03
BH 117.46 kg
DOB: 24 ago 2007
ID: 2
02 Jul 2020
102006 DFOV 23.8cm
MF: 2.3 SOFT +/- 1/5550

CLINIC 5725
Acc Num: 102006
KEYCANY SAMULLYS GINCALVES GP
F 18 57.03
BH 117.46 kg
DOB: 24 ago 2007
ID: 2
02 Jul 2020
102006 MF: 2.4







RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266771/20

Vítima: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMEI

CPF: 060.129.682-64

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2020

Titular do CPF: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

Seguradora: CIA EXCELSIOR 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

KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES : 060.129.682-64

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: 21/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 9135

Número do pedido DPVAT: 320033

Data da solicitação: 08/10/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: REICIANY SANTILLYS Gonçalves Gomes

CPF do beneficiário: 060.129.682-64

Nome do solicitante: JOSÉ SANTANA PEREIRA JUNIOR

CPF do solicitante: 622.942.503-69

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (05) 97169-3685

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: SANTANA.CIVILMOPAC12@gmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: Carimbo da Previdência Especializada

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO PEGAR REANALISE DO SINISTRO EM VITÓRIA DO B.O. COM O CARIMBO DA PREVIDÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO ASSIM COMO NOME FUNCAO E MATRÍCULA DO AGENTE DE POLICIA INFELIZMENTE NÃO ESTA REGISTRADO CONSTA ASSINADO EFETIVAMENTE PESSOALMENTE PEGUEI CARIMBO DA ESPECIALIZADA.

Boa Vista-PE, 08/10/2020

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, à seu pedido (a seu rogo).

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Keyciany Samyllis Gonçalves Gomes
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ALUNO/A
Nº DO RG: 525981-9 ÓRGÃO EMISOR: SSP/RR
DATA DE EMISSÃO: 03-03-2017
Nº CPF: 060.129.682-64
ENDEREÇO: RUA PROFESSORA ANTONIA CUTTER N° 1484 B: PINTO LADINHA

OUTORGADO:

NOME: José Santana Feitosa Grinacaej
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ALUNO/A
Nº DO RG: 114476399-3 ÓRGÃO EMISOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: 627.942.803-68
ENDEREÇO: RUA GICAO N° 312 BAIRRO: NOVA CANÁA

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 Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), quitar, requerer e retirar documentos em órgãos públicos, municipais estaduais, federais e órgão pertencente ao setor privado, 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, 09 de Setembro de 2020

X Keyciany Samyllis G Gomes

Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266771/20

Número do Sinistro: 3200338202

Vítima: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

CPF: 060.129.682-64

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2020

Titular do CPF: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO