

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima
[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2956439020210120163044

Processo 0832555-93.2020.8.23.0010 - (28 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 11783 - Citação

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
-	9 20/01/2021 16:30:44	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778322CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778322CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
		CONCLUSOS PARA DESPACHO	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA		
	8 11/01/2021 12:31:14	Responsável: JARBAS LACERDA DE MIRANDA	Analista Judiciário SISTEMA CNJ		
	7 07/01/2021 00:04:15	RECEBIDOS OS AUTOS	Glayson Alves da Silva		
+/-	6 07/01/2021 00:04:15	REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE INCOMPETÊNCIA 4ª Vara Cível	Distribuidor Glayson Alves da Silva		
	5 07/01/2021 00:04:15	MUDANÇA DE CLASSE PROCESSUAL DE CARTA PRECATÓRIA PARA PROCEDIMENTO ORDINÁRIO	Distribuidor ETHIANE DE SOUZA CHAGAS		
	4 22/12/2020 16:41:52	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Redistribuição	Analista Judiciária SISTEMA CNJ		
	3 22/12/2020 16:35:38	RECEBIDOS OS AUTOS	Thiago Amorim Dos Santos		
	2 22/12/2020 16:35:38	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Núcleo de Plantão Judicial e Audiências de Custódia (NUPAC) - Competência Cível - Comarca de origem: BOA VISTA	Advogado SISTEMA CNJ		
+/-	1 22/12/2020 16:35:38	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL			



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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527953

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 28/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas 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.

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, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527953

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 28/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

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 28/02/2019, emitida pelo Dr. Odinachi Udochukwu Okemiri, CRM nº 1851 - 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

Pag. 00723/00724 - carta_31 - INVALIDEZ
00040362

Carta nº 14857204

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://pjv48.epklg.94ypc.ul.tz/>
Identificador: PJV48.EPKLG.94YPC.ULTZB



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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527953

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 28/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14918286





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 015.255.182-40 Nome completo da vítima: Maria de Jesus Ferreira Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA BENEFICIÁRIA/VITIMA/BENEFICIÁRIO CIRCULARIS UEP N° 45/2012
Nome completo: Maria de Jesus Ferreira Silva CPF: 015.255.182-40
Profissão: autônomo Endereço: Rua: Felipe Xaud Número: 405
Bairro: Buritis Cidade: Boa Vista Complemento:
E-mail: ELOIRR@HOTMAIL.COM CEP: 69.309-175
Tel.(DDD): (55) 98403-5061

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINE UMA ORGÃO DE CONTA

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: 3906 CONTA: 8203 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Representante Legal
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Local e Data: Boa Vista - R.F. 09/07/2019
Nome: Maria de Jesus Ferreira Silva
CPF: 015.255.182-40

MORTE

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Maria de Jesus Ferreira Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

BO. ETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004731/2019

DADOS DO REGISTRO -

Data/Hora Início do Registro: 01/03/2019 07:25 Data/Hora Fim: 01/03/2019 07:37
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 810323 J Data: 28/02/2019
Delegado de Policia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afora: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 28/02/2019 07:30

Lateral de Saída

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AV. ATA DE TEIVE

Bairro: Liberdade

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1035 Auto Itabu - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GIDION GENTIL PEREIRA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço:

Município: Boa Vista - RF
Logradouro: RUA FELIPE XAVIER
Bairro: BURITIS
Nº: 405

Nome Civil: DAVID SOUSA MAGALHAES (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço:

Município: Boa Vista - RF
Logradouro: RUA F. ABA
Bairro: BURITIS
Nº: 721

Razão Social: POLICIA MILITAR - RR (CONVIDANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço:

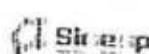
Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O FICP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. David Sousa Magalhaes que Dirigia o Veículo PLACA NUV-5729 e o Sr. Gidion Gentil Pereira que Piloto a uma Motocicleta PLACA NAU-2389. Que devido ao acidente o Sr. Gidion e a Sra. Maria de Jesus Ferreira Silva (passageira da Motocicleta) Sofreram lesão corporal e foram socorridos ao hospital pelo Samu, onde se encontra.



Delegado de Polícia Civil: Juiz: Ribeiro da Rocha
Intressado por: Jefferson Lino Araújo
Data de impressão: 20/03/2019 11:47
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004731 2019

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima

Agente de Polícia

Matrícula 42000612

Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR - RF

(Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e que sou eu que poderia responder criminalmente pelo crime de Falsidade Material ou Falsidade Documental, no Código Penal Brasileiro.

11 SET. 2019

DAT

AGL 2019

Delegado de Polícia Civil: Juarez Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Vieira Araújo
Data de Impressão: 2020-01-20 11:47
Protocolo nº: Não disponível



CONFERIDOR

lga na 2 folha



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004731/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/03/2019 07:25 Data/Hora Fim: 01/03/2019 07:37
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 810323 J Data: 28/02/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 28/02/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Liberdade
Logradouro: AV. ATAIDE TEIVE

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GIDION GENTIL PEREIRA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR N°: 405
Logradouro: RUA FELIPE XAUD
Bairro: BURITIS

Nome Civil: DAVID SOUSA MAGALHAES (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR N°: 721
Logradouro: RUA PIABA
Bairro: PISCICULTURA

Razão Social: POLICIA MILITAR - RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de transito envolvendo o Sr. David Sousa Magalhaes que Dirigia o Veiculo PLACA NUJ-5729 e o Sr. Gidion Gentil Pereira que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAU-2389. Que devido ao acidente o Sr. Gidion e a Sra. Maria de Jesus Ferreira Silva (passageira da Motocicleta) Sofreram lesão corporal e foram socorridas ao hospital pelo Samu. Era o relato.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004731/2019

ASSINATURAS

Ermandes Ferreira Lima

Agente de Polícia

Matrícula 42000612

Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR - RR

(Comunicante)

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



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 30/09/2019 12:34
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

015.255.182-40

Nome completo da vítima:

Maria de Jesus Ferreira Silveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA FAIXA DE RENDIMENTO DA PESSOA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO CIRCULARIS SEP IN 14/2012

Nome completo:

Profissão:
autônomo

Endereço:

Rua: Felipe Xaud

Bairro:
Buritis

Cidade:

Boa Vista

E-mail:

Estado:

IELFRRR@HOTMAIL.COM

CEP:

69.309-175

CPF:
015.255.182-40

Número:
405

Complemento:

Tel.(DDD):
(59) 98403-5061

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Banco do Brasil (001)

Itaú (341)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3906

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 8203

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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.

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 Indemnização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: Boa Vista - RR, 09/09/2019

Nome: Maria de Jesus Ferreira Silveira
CPF: 015.255.182-40

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Maria de Jesus Ferreira Silveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior é capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

11 SET. 2019

CiOFS

PMRR - BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 810323

SÉRIE J

Vtr INTEG. 01	SUCp CIPTUR	Data 28.02.2019	S/Setor LESTE	H/Transm 07:30	H/Ini 07:30	CH/H 07:50	H/Fii 09:20
Cód. Oc. 1001-1003	Cód. Prov. 13010-13999		Cód. Ser. Prest. -X-X-X-X-X-	Km/Ini. ---	Km/Fim ---		
LOCAL DE OCORRÊNCIA							
LOCAL: Av. Gal. Ataide Teive com Rua Jose Pinheiro				Bairro: Liberdade	Ref.: Cruzamento		
PESSOAS RELACIONADAS							
1 CONDUTOR	Nome: GIDION GENTIL PEREIRA			Idade: 34	E. Civil: CASADO		
Endereço: RUA FELIPE XAUD Nº 405	BURITIS			CPF 98834622200			
Edt. R.G 232376 SSP/RR	CNH	NÃO POSSUI		Profissão: AUTONOMO			
2 CONDUTOR	Nome: DAVID SOUSA MAGALHÃES			Idade: 32	E. Civil: SOLTEIRO		
Endereço: RUA PIABA Nº 721 BAIRRO PISCICULTURA				CPF 81537786253			
Edt. R.G 252480 SSP/RR	CNH	03881450438		Profissão: SOLTEIRO			
3 GARUPA	Nome: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA			Idade: 26	E. Civil: CASADA		
Endereço: RUA FELIPE XAUD Nº 405 BAIRRO BURITIS				CPF 01525518240			
Edt. R.G NÃO PORTAVA	CNH	--		Profissão: AUTONOMA			
Danos dos veículos							
<ul style="list-style-type: none">ITEM 1 - V1 = YAMAHA/FAZER DE COR BRANCA DE PLACA NAU-2389 (DANOS: CARENAGEM, PISCA ESQUERDO, PROTEÇÃO DA DESCARGA)ITEM 2 - V2 = VW/NOVO VOYAGE DE COR VERMELHA DE PLACAS NUJ-5729 (DANOS: PARA-CHOQUE DIANTEIRO, FAROL ESQUERDO, PLACA DIANTEIRA, CAPÔ, PARA-LAMA ESQUERDO)							
enrico		CARGO	ABC		LOCAL	DAT	
HISTÓRICO							
<p>Senhor coordenador, Acionados, via CiOPS, para o atendimento de ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado, onde entramos em contato com os envolvidos que nos relataram que o senhor Gidion Gentil Pereira (item 1) conduzia o "V1", na Av. Gal Ataide de Teive no sentido bairro-centro, onde no cruzamento com a Rua Jose Pinheiro ocorreu a colisão com o "V2" que era conduzido pelo Senhor David Sousa Magalhães (item 2), nesta rua no sentido à Av. Mario Home de Melo, que segundo ele cruzou a avenida porque os veículos haviam parados na faixa de pedestre antes do cruzamento. Informo que foi acionada a viatura do SAMU para prestar auxílio médico aos condutores da motocicleta, item 1 e item 3, pois apresentavam escoriações pelo corpo e foram recolhidos ao HGR. Não foi possível o acionamento da perícia devido aos veículos serem removidos por populares do local para evitar outro acidente, pois o fluxo de trânsito estava intenso. Foi realizada a consulta das documentações onde foi constatado que o "item 1" não possui CNH ou PPD e que as medidas administrativas foram realizadas e os veículos liberados aos seus respectivos condutores em que o "V1" ficou na responsabilidade do senhor Yure Mezaque de Sousa (CNH:04467415724) entregue pelo próprio condutor. Era o que tinha a relatar.</p>							
		41.389-5	SD/PM		CIPTUR		
Wandelino Satino Gimaque da Silva		Nº	Posto/Graduação		SUOp		

28/02/2019

...: Guia de Atendimento 17 ...



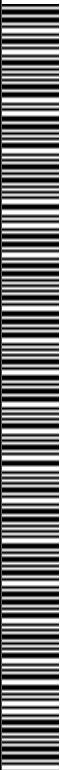
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:
cat live

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:
cat live

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:
cat live

1901078598	28/02/2019 08:22:03	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	5		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA		09/01/1992	27 A 1 M 19 D					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	3567923	SSPRR	15/02/2007	F	SOLTEIRO(A)PARDA		SAO LUIZ DO ANAUÁ BRASILEIRA	
Mãe					Pai	- RR	Contato	
ANTONIA DA HORA FERREIRA SILVA					JOAQUIM SILVINO DA SILVA		(95) 99175-6672	Ocupação
Endereço	RUA - FELIPE XAUD - 405 - BURITIS - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Promoção 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		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL			MICHELE.CAVALCANTE				
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL		
					AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	<i>15</i>		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h).	<i>- Vítima de acidente automobilístico moto - carro, no bairro na emergência Trauma pelo samu com</i>							
Exame Físico	<i>Exibição feridas. A, B, C. D: SALT. O: 05 cm. P: 05 cm. T: 37.5°C. P: 120 mmHg. S: 100 mmHg.</i>							
Hipótese Diagnóstica	<i> politrauma</i>							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" 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				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
<i>1) S. P. Zona 2º (0) 01 2) T. S. T. I. C. 4º (0) 01</i>				<i>OK</i>				
<i>3) T. S. T. I. C. 4º (0) 01</i>				<i>nitp</i>				
Conduta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>ORTOPEDIA</i> Data e Hora da Saída/Alta: / / : :							
Óbito	Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/> Sim) (<input type="checkbox"/> Não) Destino: (<input type="checkbox"/> Família) (<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica) / / : :							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: michele.cavalcante Data Hora: 28/02/2019 08:22:46				 Dr. Fernando Andre Martins Ferreira Cirurgião Oncológico de Cabeça e Pescoço CRM-RR: 1842				



Ortopedia Dr. Odinachi
Paciente, Valente da Graça Lemos PE(E)
foi atendido no dia 08/09/2019.
Ef. dor PE(E)
Radiografia, fratura falange proximal PE(E)
H.O. fractura S^o P^o m^o E(E)
Lis analgesic + magalac + gelcom

Dr. Odinachi Okamit
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185119



11 SET. 2019

11/ 9/2019

Via de Pagamento para o mes/ano: 08/2019 referente a UC: 216542



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: 3547715

TATIANA LIRA DA COSTA

R. FELIPE XAUD, 405 ,

BURITIS

69309175 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
216542	08/2019	25-JUL-19 a 27-AUG-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
463	05-OCT-19	R\$ 448,59

OBSERVAÇÕES

A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120.

autenticação mecânica

corte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
216542	08/2019	R\$ 448,59

836400000045.485900750004.000000000216.654208190052



11 SET. 2019



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: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS 69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089153	MÊS 02/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh) 237	VENCIMENTO 11-MAR-19	TOTAL A PAGAR R\$ 229,20

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

11 SET. 2019

11 SET. 2019

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089153	MÊS 02/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 229,20
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052





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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E 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 Nº9.613/98.

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

Maria de Jesus Ferreira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.255.182-40,

do sinistro de DPVAT cobertura Involidez da Vítima Maria de Jesus Ferreira Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.255.182-40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

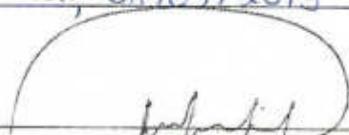
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Antônio P. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.309-209</u>	
E-mail:	<u>I20IRR@HOTMAIL.COM</u>						Tel.(DDD):	<u>(95)98403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 08/09/2019


Ilair Inácio de Souza
Assinatura do Declarante

11 SET. 2019

11 SET. 2019

CiOFS

PMRR - BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 810323

SÉRIE J

Vtr INTEG. 01	SUCp CIPTUR	Data 28.02.2019	S/Setor LESTE	H/Transm 07:30	H/Ini 07:30	CH/H 07:50	H/Fii 09:20
Cód. Oc. 1001-1003	Cód. Prov. 13010-13999	Cód. Ser. Prest. -X-X-X-X-X-	Km/Ini. ---	Km/Fim ---			
LOCAL DE OCORRÊNCIA							
LOCAL: Av. Gal. Ataide Teive com Rua Jose Pinheiro				Bairro: Liberdade	Refe.: Cruzamento		
PESSOAS RELACIONADAS							
1 CONDUTOR	Nome: GIDION GENTIL PEREIRA			Idade: 34	E. Civil: CASADO		
Endereço: RUA FELIPE XAUD Nº 405	BURITIS			CPF 98834622200			
Edt. R.G 232376 SSP/RR	CNH	NÃO POSSUI		Profissão: AUTONOMO			
2 CONDUTOR	Nome: DAVID SOUSA MAGALHÃES			Idade: 32	E. Civil: SOLTEIRO		
Endereço: RUA PIABA Nº 721 BAIRRO PISCICULTURA				CPF 81537786253			
Edt. R.G 252480 SSP/RR	CNH	03881450438		Profissão: SOLTEIRO			
3 GARUPA	Nome: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA			Idade: 26	E. Civil: CASADA		
Endereço: RUA FELIPE XAUD Nº 405 BAIRRO BURITIS				CPF 01525518240			
Edt. R.G NÃO PORTAVA	CNH	--		Profissão: AUTONOMA			
Danos dos veículos							
<ul style="list-style-type: none">ITEM 1 - V1 = YAMAHA/FAZER DE COR BRANCA DE PLACA NAU-2389 (DANOS: CARENAGEM, PISCA ESQUERDO, PROTEÇÃO DA DESCARGA)ITEM 2 - V2 = VW/NOVO VOYAGE DE COR VERMELHA DE PLACAS NUJ-5729 (DANOS: PARA-CHOQUE DIANTEIRO, FAROL ESQUERDO, PLACA DIANTEIRA, CAPÔ, PARA-LAMA ESQUERDO)							
enrico		CARGO	ABC		LOCAL	DAT	
HISTÓRICO							
<p>Senhor coordenador, Acionados, via CiOPS, para o atendimento de ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado, onde entramos em contato com os envolvidos que nos relataram que o senhor Gidion Gentil Pereira (item 1) conduzia o "V1", na Av. Gal Ataide de Teive no sentido bairro-centro, onde no cruzamento com a Rua Jose Pinheiro ocorreu a colisão com o "V2" que era conduzido pelo Senhor David Sousa Magalhães (item 2), nesta rua no sentido à Av. Mario Home de Melo, que segundo ele cruzou a avenida porque os veículos haviam parados na faixa de pedestre antes do cruzamento. Informo que foi acionada a viatura do SAMU para prestar auxílio médico aos condutores da motocicleta, item 1 e item 3, pois apresentavam escoriações pelo corpo e foram recolhidos ao HGR. Não foi possível o acionamento da perícia devido aos veículos serem removidos por populares do local para evitar outro acidente, pois o fluxo de trânsito estava intenso. Foi realizada a consulta das documentações onde foi constatado que o "item 1" não possui CNH ou PPD e que as medidas administrativas foram realizadas e os veículos liberados aos seus respectivos condutores em que o "V1" ficou na responsabilidade do senhor Yure Mezaque de Sousa (CNH:04467415724) entregue pelo próprio condutor. Era o que tinha a relatar.</p>							
		41.389-5	SD/PM		CIPTUR		
Wandelino Satino Gimaque da Silva		Nº	Posto/Graduação		SUOp		

28/02/2019

...: Guia de Atendimento 17 ...



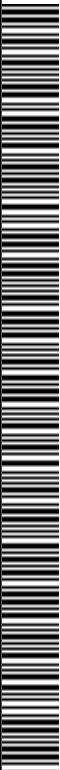
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:
cat live

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:
cat live

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:
cat live

1901078598	28/02/2019 08:22:03	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	5		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA		09/01/1992	27 A 1 M 19 D					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	3567923	SSPRR	15/02/2007	F	SOLTEIRO(A)PARDA		SAO LUIZ DO ANAUÁ BRASILEIRA	
Mãe					Pai	- RR	Contato	
ANTONIA DA HORA FERREIRA SILVA					JOAQUIM SILVINO DA SILVA		(95) 99175-6672	Ocupação
Endereço								
RUA - FELIPE XAUD - 405 - BURITIS - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Promoção 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	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA			Procedimento Sol.				
Sector	Tipo de Chegada	Registrado por:						
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL	MICHELE.CAVALCANTE						
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL		
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	<i>15</i>			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h).	<i>- Vítima de acidente automobilístico moto - carro, no bairro na emergência Trauma pelo samu com</i>							
Exame Físico	<i>Exibição feridas. A, B, C. D: SALT. O: 05 cm. P: 80 mmHg</i>							
Hipótese Diagnóstica	<i>POLITRAUMA</i>							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" 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					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
<i>1) S. P. Zona 2º (0) 01 2) T. S. T. I. C. 4º (0) 01</i>					<i>OK</i>			
<i>3) T. S. T. I. C. 4º (0) 01</i>					<i>nitp</i>			
Conduta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>ORTOPEDIA</i> Data e Hora da Saída/Alta: / / : :							
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não)	Destino: (<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica)							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: michele.cavalcante Data Hora: 28/02/2019 08:22:46				 Dr. Fernando Andre Martins Ferreira Cirurgião Oncológico de Cabeça e Pescoço CRM-RR: 1842				



Osteopelgia Dr. Souza
Praia, Vila de Praia Centro PE(E)
Mais acidentado moto x carro S-12
Elf do PEE
Radiografia, fratura 5º Dente frontal PEE
H.n fratura 5º PMP (6)
L.n analgesico + morfina + tetra
Dr. Odinachi Okemini
Médico Residente

~~Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente,
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18577RJ~~



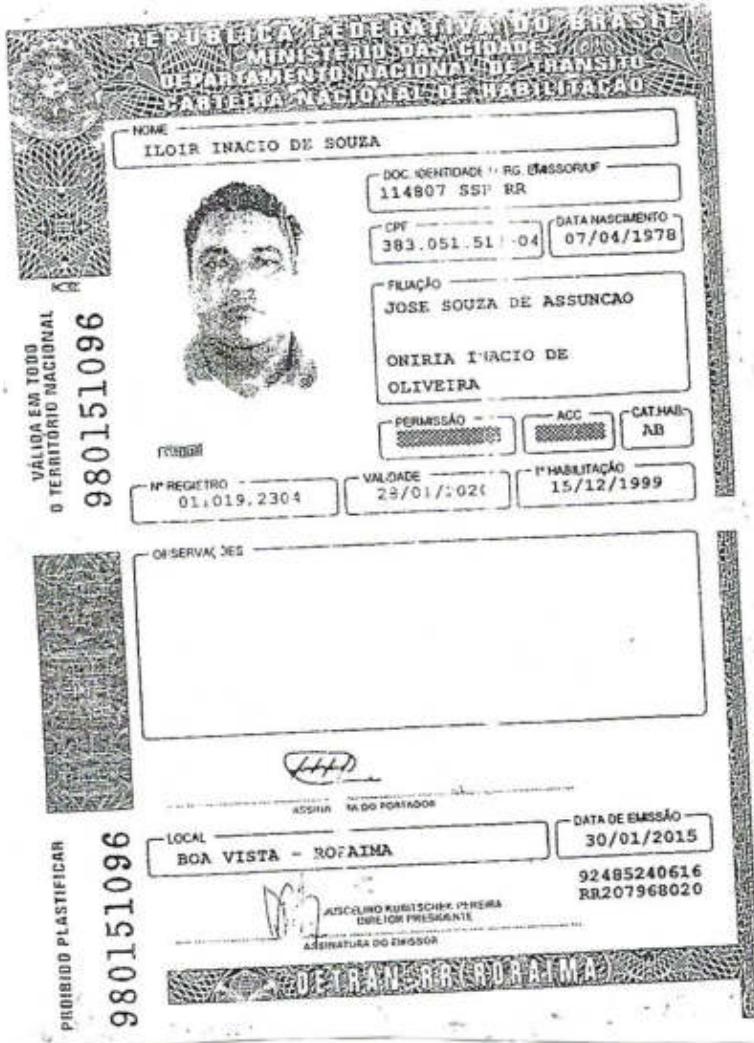
1 SEP 2019



11 SET, 2019



11 SET. 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190527953

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

Data do acidente: 28/02/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.(P.3)
ALTA

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Maria de Jesus Pereira Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	356792355PIR
ENDERECO:	Rua Filipe Xaud, nº 405, Buritis

OUTORGADO

NOME:	Iloir Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 550IR
ENDERECO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvao nº 1832 Buritis

11 SET. 2019

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: 28/02/2019, cobertura Invalidez, vítima: Maria de Jesus Pereira Silva.

Boa Vista - RR, 21/03/2019

LOCAL E DATA

Maria de Jesus Pereira Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315591/19

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

CPF: 015.255.182-40

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 28/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA : 015.255.182-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2019
Nome: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA
CPF: 015.255.182-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

MANOEL COELHO NETO