

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:
2953293920210115114046

Processo 0832546-34.2020.8.23.0010  - (23 dia(s) em tramitação)**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 11783 - Citação**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (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"/>					
11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11					
500 por pág.  1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
 11	15/01/2021 11:40:46	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2778346CONTESTACAO01.pdf	Público
		11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2778346CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
10	13/01/2021 17:11:17	Para advogados/curador/defensor de RUTH BATISTA DE SOUSA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 9) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (13/01/2021)		EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciária	
 9	13/01/2021 15:11:45	DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO		EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado	
8	07/01/2021 14:55:56	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL		EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciária	
7	06/01/2021 22:07:27	Responsável: EDUARDO MESSAGGI DIAS		SISTEMA CNJ	
 6	06/01/2021 22:07:26	RECEBIDOS OS AUTOS		Glayson Alves da Silva Distribuidor	
5	06/01/2021 22:07:26	REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE INCOMPETÊNCIA		Glayson Alves da Silva Distribuidor	
4	22/12/2020 15:32:00	MUDANÇA DE CLASSE PROCESSUAL DE CARTA PRECATÓRIA PARA PROCEDIMENTO ORDINÁRIO		ETHIANE DE SOUZA CHAGAS Analista Judiciária	
3	22/12/2020 15:29:58	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR		SISTEMA CNJ	
2	22/12/2020 15:29:58	Redistribuição			
1	22/12/2020 15:29:58	RECEBIDOS OS AUTOS			
		DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA			
		Núcleo de Plantão Judicial e Audiências de Custódia (NUPAC) - Competência Cível - Comarca de origem: BOA VISTA		SISTEMA CNJ	
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL		Thiago Amorim Dos Santos Advogado	



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200400989

Vítima: RUTH BATISTA DE SOUSA

Data do Acidente: 11/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RUTH BATISTA DE SOUSA

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. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 11/07/2020, emitido pelo Dr. MARCUS BRUNNER CRM nº 1917 - RR, da Instituição PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00289/00290 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 16307792

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYUP L8MDQ RUJYU 4QC7K



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA 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: 12400/2020 - Registrado em: 07/10/2020 às 13h 19min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 11/07/2020 às 10h 40min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: N11

Nº: S/N

CEP:

Bairro: PINTOLANDIA

Tipo de local:

Referência: CRUZAMENTO COM S17

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

RUTH BATISTA DE SOUSA(28), nascido(a) em 15/03/1992, sexo FEMININO, união estável, CPF Nº 064.418.933-98, País: BRASIL, natural de BURITICUPU-MA, filho(a) de NAIDE BATISTA DE SOUSA e , endereço: JARDIM, Nº: 138, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, complemento: B08 AP402, Telefone: (95) 99164-5029.

OBJETOS

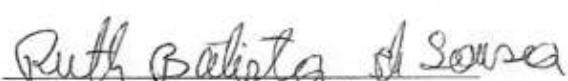
Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	ESPECIE/TIPO: HONDA/POP 110I PLACA: NUK8J96 ANO: 2020/2020 CHASSI: 9C2JB0100LRO39472

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMUNICO QUE NO DIA 11/07/2020 APROXIMADAMENTE AS 11:40 H NA AVENIDA N11 NO BAIRRO PINTOLANDIA, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/ POP 110I DE PLACA NUK8J96 CHASSI 9C2JB0100LRO39472 DE MINHA PROPRIEDADE , QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA S17 UM CAMINHAO INVADIU A PREFERENCIAL CAUSANDO A COLISÃO. QUE NÃO SEI PRECISAR DADOS DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE. QUE SOFRI LESÕES CORPORAIS E FUI SOCORRIDA POR TERCEIROS AO HGR PARA ATENDIMENTO MÉDICO. É O RELATO.

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

-IGOR TAVARES FIGUEIRA
APC
MATRÍCULA: 42000757
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


RUTH BATISTA DE SOUSA
COMUNICANTE





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: 06441893398 4 - Nome completo da vítima: RUTH BATISTA DE SOUZA

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

5 - Nome completo: RUTH BATISTA DE SOUZA 06441893398
7 - Profissão: AGRAPEZA 9 - Número: 138 10 - Complemento:
8 - Endereço: AV JARDIM BOA VISTA 11 - Bairro: CIDADE SATELITE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317529
15 - E-mail: LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM 16 - Telefone: 95991168367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00003415 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, 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):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho/velha):	31 - Vítima teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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)	40 - Local e Data: BOA VISTA, 05/11/2020 X Ruth Batista de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este **NUMERO** » **SEU CÓDIGO**
0133290-2

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL **5972917** FCAM*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020	21/10/2020	193	150,90

MARIA JOSE DE OLIVEIRA
AV JARDIM 138 B08 A402-ACAI - CIDADE SATELITE
RESIDENCIAL VILA JARDIM
CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	11/09/2020	Anterior:	12/08/2020
Emissão:	10/09/2020	Apresentação:	11/09/2020
Próxima leitura: 13/10/2020			
Dias de consumo: 30			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo 1.1.1.2	Classe/Subclasse RESIDENCIAL	Ligação BIF	Número Medidor TDB1715019	Faturamento NORMAL	Modalidade CONVENC
---------------------------	---------------------------------	----------------	------------------------------	-----------------------	-----------------------

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh FPONTA	INJETADO FPONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	5767							
Leit. Anterior	5574							
Constante	1,000							
Resíduo		193						
Medido		193						
Faturado:		193						

DESCRICAÇÃO DA CONTA

CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	193 A R\$ 0,748099 =	144,38
		6,52



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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NUANNA DE S. LOPES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 294316382, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RUTH BATISTA DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 064418933, 98,

do sinistro de DPVAT cobertura INVANDEU da Vítima RUTH BATISTA DE SOUSA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 064418933, 98, 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>R: 5DDM JACINTO SIlVA</u>	Número: <u>359</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>PARANÁ</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69313572</u>
E-mail: <u>NUANNA.SOUZA41@HOTMAIL.RU</u>	Tel. (DDD): <u>95 991168367</u>	

Local e Data:

BOA VISTA, 05/11/2020

Assinatura do Declarante



SUTURA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA

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

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:

2000780687	11/07/2020 11:12:22	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA					MANHA 07-13	5
Paciente		Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário	
RUTH BATISTA DE SOUSA		15/03/1992		28 A 3 M 27 D	702907589737979	06441893398		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE	3956210	SSP/RR	09/09/2013	F	UNIAO	PARDA	NACIONALIDADE	
Mãe					ESTAVEL		BRASILEIRA	
NAIDE BATISTA DE SOUSA					NC		Contato	
Endereço							(95) 99164-5029	
RUA - N-25 - 2722 - SENADOR HELIO CAMPOS - 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	
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:	
SUTURA		DEMANDA ESPONTANEA					LEDA.MARIA	
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			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)								
Exame Físico	<i>Tran dor na Amais b lumbos tco?</i>							
Hipótese Diagnóstica	<i>Tran dor na Amais b lumbos tco?</i>							
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIOS-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	<i>11 JUL. 2020 ① DNO+CAN (40g)</i>				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
	<i>11.20</i>				<i>7/11/25</i>	<i>Joana</i>		
Conduta	<i>controle de abrigos</i>							
<input 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 type="checkbox"/> Transferência para:	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								
CONFERE COM ORIGINAL								



ENTENDIMENTO
Temos em mãos (e)
Recebi e leio com atenção (e)
Ori: inscrição de réu nos
Processos administrativos
devidamente fundada

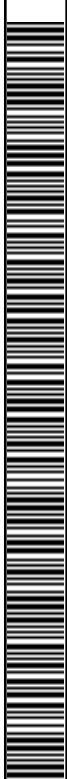
Dr. Marcus Brunner
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1917 RQE 823

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/08/2020

Ass: União Federal







RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318417/20

Vítima: RUTH BATISTA DE SOUSA

CPF: 064.418.933-98

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 11/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RUTH BATISTA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

RUTH BATISTA DE SOUSA : 064.418.933-98

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: 09/11/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RUTH BATISTA DE SOUSA

Identidade: 3956210 SEPS/RR **CPF:** 064.418.933-98

Naturalidade: BURITICUPU/MA **Nacionalidade:** BRASILEIRA

Estado Civil: UNIÃO ESTÁVEL **Profissão:** AGENTE DE LIMPEZA

Endereço: AV JARDIM, 138 B08 AP402 QUADRA AÇAÍ – CIDADE SATÉLITE / CEP: 69.317-529

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Naturalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÁ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 15 de julho de 2020.



Ruth Batista de Sousa

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318417/20

Vítima: RUTH BATISTA DE SOUSA

CPF: 064.418.933-98

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 11/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RUTH BATISTA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

RUTH BATISTA DE SOUSA : 064.418.933-98

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: 09/11/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200400989 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUTH BATISTA DE SOUSA **Data do acidente:** 11/07/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.2
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 2

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

