

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

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
2563202420191126105607

**Processo 0823802-84.2019.8.23.0010**  - (116 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b>					
<b>Realçar</b> <b>Movimentos</b> <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 <b>Ocultar</b> <b>Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b>					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor de Justiça <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="checkbox"/> ao <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="checkbox"/> à <input type="checkbox"/> <b>Descrição:</b> <input type="checkbox"/>					
48 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 48					
500 por pág. <b>1</b>					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 48	26/11/2019 10:56:07	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (14/11/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		48.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2632207IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJUR01.pdf	Público	
		48.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2632207IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf	Público	
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 18/11/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 42) JUNTADA DE LAUDO (14/11/2019) e ao evento de expedição seq. 43.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
	47	18/11/2019 08:30:03			
		<b>RENÚNCIA DE PRAZO DE FABIANE KELLY BATISTA DUARTE</b> Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (14/11/2019)	EDSON SILVA SANTIAGO <b>Advogado</b>		
	46	14/11/2019 10:59:12			
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de FABIANE KELLY BATISTA DUARTE) em 14/11/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 42) JUNTADA DE LAUDO (14/11/2019) e ao evento de expedição seq. 44.	EDSON SILVA SANTIAGO <b>Advogado</b>		
	45	14/11/2019 10:58:10			
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de FABIANE KELLY BATISTA DUARTE com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (14/11/2019)	REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO <b>Analista Judiciário</b>		
	44	14/11/2019 10:42:37			
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (14/11/2019)	REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO <b>Analista Judiciário</b>		
	43	14/11/2019 10:42:37			
		<b>RENÚNCIA DE PRAZO DE FABIANE KELLY BATISTA DUARTE</b> Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (14/10/2019)	EDSON SILVA SANTIAGO <b>Advogado</b>		
	42	14/11/2019 09:47:09			
		<b>JUNTADA DE LAUDO</b>	Rogerio Leonardo de Paula Dias <b>Perito</b>		
	41	30/10/2019 17:34:22			
		<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
	40	22/10/2019 11:45:16			
		<b>RENÚNCIA DE PRAZO DE FABIANE KELLY BATISTA DUARTE</b> Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (14/10/2019)	EDSON SILVA SANTIAGO <b>Advogado</b>		
	39	22/10/2019 11:45:08			
		<b>RENÚNCIA DE PRAZO DE FABIANE KELLY BATISTA DUARTE</b> Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (10/10/2019)	EDSON SILVA SANTIAGO <b>Advogado</b>		
	38	22/10/2019 11:44:20			
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de FABIANE KELLY BATISTA DUARTE) em 22/10/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 28) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (14/10/2019) e ao evento de expedição seq. 30.	EDSON SILVA SANTIAGO <b>Advogado</b>		
	37	22/10/2019 00:07:40			
		<b>DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A</b> (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 28) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(14/10/2019) e ao evento de expedição seq. 29.	SISTEMA CNJ		
	36	22/10/2019 00:01:41			
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de FABIANE KELLY BATISTA DUARTE) em 21/10/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 24) CONCEDIDO O PEDIDO (10/10/2019) e ao evento de expedição seq. 26	SISTEMA CNJ		



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08238028420198230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à **INVALIDEZ PERMANENTE**.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Cabe salientar que, em que pese o autor haver juntado documentos médicos do atendimento realizado após o acidente, o boletim de ocorrência fora emitido após seis meses do suposto sinistro, tratando-se assim de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 15/01/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante **CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR** da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

**Assim, não há justificativa para delonga tão grande**, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descharacteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

Outrossim, cabe informar que, após a nomeação de perito, foi realizado exame pericial, sendo apurada lesão decorrente do acidente noticiado.

Desta forma, caso Vossa Excelência não acolha o alegado acima, acolhendo o apurado pelo Expert, requer a fixação de indenização de acordo com o ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 25 de novembro de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**



## Declaração

**Fabiane kelly Batista Duarte** venho

por meio desta informar a seguradora líder administradora do seguro Dpvt- lhe comunicar que a motocicleta- RENAVAM 0915186055 de placa- Nat 5074- N° do chassi 9c2ja04307r0 11351 de cor preta ano- modelo de fábricas 2007/ 2007 do município de Boa Vista-rr de modelo- Ronda Biz 125 de propriedade do Senhor **ERISVAN PEREIRA DOS SANTOS**- CPF- 838.404.512-72 ao qual quem pilotava essa motocicleta no momento do acidente era eu, **Fabiane kelly batista Duarte**, venho comunicar a seguradora líder que, ao qual não sei do seu paradeiro, o proprietário da motocicleta, sendo que também não tenho como registrar em cartório a documentação do veículo o Dut, devido o sumiço do proprietário.

Venho por meio desta agradecer desde já.

Atenciosamente...



Boa vista- rr / /

*Fabiane Kelly Batista Duarte*

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE :

NOME: FABIANE KELLY BATISTA DUARTE  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA  
PROFISSÃO: SERVIÇOS GERAIS  
Nº DO RG: 24.199.01.29.018 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 18/05/2018  
Nº CPF: 788.121.782-00  
ENDERECO: AV. JARDIM RLC. 06 A-203/BAIRRO-Fidiane SATELITE

## OUTORGADA :

NOME: Francimária Araújo de Aquino  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: MOTORISTA  
Nº DO RG: 97.854 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 16-02-1998  
Nº CPF: 317.365.562-15  
ENDERECO: R/ JOSE RENATO HAGADE 472 S.H. CAMPOS

## PODERES:

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



Boa Vista-RR, 06 de JUNHO de 20 18

Fabiane Kelly Batista Duarte  
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

---

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** FABIANE KELLY BATISTA DUARTE  
**Nº Sinistro:** 3180299270  
**Vitima:** FABIANE KELLY BATISTA DUARTE  
**Data do Acidente:** 15/01/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FRANCIMARIO ARAUJO DE AQUINO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180299270**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** FABIANE KELLY BATISTA DUARTE  
**Nº Sinistro:** 3180299270  
**Vitima:** FABIANE KELLY BATISTA DUARTE  
**Data do Acidente:** 15/01/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FRANCIMARIO ARAUJO DE AQUINO

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180299270**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180299270**

**Vítima: FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**

**Data do Acidente: 15/01/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCIMARIO ARAUJO DE AQUINO**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**BENEFICIÁRIO entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**BENEFICIÁRIO entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	788121782-00	FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
FABIANE KELLY BATISTA DUARTE	788121782-00	Serviço Civil
Endereço	Número	Complemento
AV. JARDIM BLC. 06 A-203	06 A-203	21 ANDAR BLOCO A
Bairro	Cidade	CEP
CIDADE SATELITE	BOA VISTA	300-000
Email		Telefone (DDD)
		(095) 991400678

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
<input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	<input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	<input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	<input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	ANO
ITAU	343
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
1352	17525
<input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	<input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*Boa Vista-PR, 06 de JUNHO de 2018*  
Local e Data

*Fabiane Kelly Batista Duarte*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**  
26 JUN 2018  
*Salvajina*  
GENE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR



----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----  
0043258 DROGARIA ULTRAPHAR 14/02/2018  
ITAU  
19:20:17 (Horário de Brasília)  
-----8676 ID:73120011-3393

Extrato

AGENCIA 1352 CONTA 17525-9-FABIANE DUARTE  
05/01 SAQUE CARTAO MAGNETIC 1 257,00-  
05/02 RSHOP-ULTRAPHAR-05/ 34,58-  
05/02 SAQUE 24H 26073148 1.000,00-  
05/02 SAQUE 24H 27984509 300,00-  
05/02 PAGTO AUXILIO ALIMENT 295,00  
05/02 PAGTO SALARIO 1.043,71  
(=) SALDO DISPONIVEL P/SAQUE 4,56  
(+) LIS/ADIC (SUJ ENCARGOS) 0,00  
(=) VALOR TOTL DISP P/ SAQUE 4,56  
CENTRAL DE ATENDIMENTO 4004-4828  
(CAPITais E REGIões METROPOLITANAS) OU  
0800-970-4828 (DEMAIS REGIões)  
SAC 0800-728-0728 - TODOS OS DIAS, 24H  
SE NAO FICAR SATISFEITO COM A SOLUCAo,  
CONTATE A OVIDORIA, COM O NUMERO DO  
PROTÓCOLO EM MROS: 0800-570-0011 - DIAS  
UTEIS, DAS 09H AS 18H DEFICIENTES  
AUDITIVOS/FALA 0800-722-1722 TODOS OS  
DIAS, 24H

Informações importantes no verso:

[www.banco24horas.com.br](http://www.banco24horas.com.br)  
Impressão em papel termossensível com  
vida útil de 5 anos. Evite contato com  
plásticos, produtos químicos, exposição  
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024891/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/07/2017 08:57  
Origem: Polícia Judiciária Data: 17/07/2017  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

Data/Hora Fim: 17/07/2017 09:33

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 15/01/2017 00:30

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: Dom José Aparecido

Ponto de Referência: Supermercado Goiania

Tipo do Local: Via Pública

DADOS DA OCORRÊNCIA  
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUN 2018

Bairro: Cidade Satélite

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

GENTE SEGURADORA SIA

Lei Maria da Penha

Veículo

Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: FABIANE KELLY BATISTA DUARTE (VÍTIMA / COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Belém

Sexo: Feminino

Nasc: 25/09/1984

Profissão: Encarregado de Limpeza

Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Silvana Batista Duarte

Nome do Pai: Flávio Costa Duarte

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 901

Complemento: Bl. 06, Apart. 203, Cond.

Logradouro: Av.: Jardim

Bairro: Cidade Satélite

Telefone: (95) 99140-0178 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Renavam: 0915186055

Placa: NAT5074

Número do Chassi: 9C2JA04307R011351

Ano/Modelo Fabricação: 2007/2007

Cor: PRETA

UF Veículo: Roraima

Município Veículo: Boa Vista

Marca/Modelo: HONDA/BIZ 125 MAIS

Modelo: HONDA/BIZ 125 MAIS

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido:

Envolvimentos

Fabiane Kelly Batista Duarte

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando conduzia a também já descrita motocicleta (DE PROPRIEDADE DO SENHOR ERISVAN PEREIRA DOS SANTOS, CPF 636.404.512-72), no sentido centro-bairro, onde colidiu num cachorro, fazendo com perdesse o controle do veículo, saisse da pista, subindo o canteiro central da avenida e colidindo em uma árvore. Que da colisão desmaiou, acordando já no hospital. Que foi resgatada do pelo SAMU. Que sofreu lesões corporais (ARRANHÕES, FRATURAS NO MAXILAR, MANDÍBULA E OSSOS DA FACE). QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo  
Responsável pelo Atestamento



Fabiane Kelly Batista Duarte  
Vitima



Fabiane Kelly Batista Duarte  
Comunicante

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

CPF da Vítima

98812178200

Data do Acidente

15/01/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a obtenção de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**
**MONTEIRO, MÁRCIA DE SOUZA**
**Monteiro, Márcia de Souza - Requerimento de**

28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

 Boa Vista-RR, 06 de Junho de 2018  
 Local e Data

Fabiane Kelly Batista Duarte

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## FICHA DE ATENDIMENTO

SAMU  
192

Unidade:

Equipe:

Paciente: FABIANE KELLY BATISTA JUAREZIdade: 32 Sexo: FEndereço: AVENIDA RUI BRASIL, 1111 - CENTRONº 154DATA 15/10/17HORA: 01 09  
01 16Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: DR. LUIZ

MOTIVO:

[ ] SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NO LOCAL [ ] OUTRO

## MECANISMO DE TRAUMA

## AUTOMÓVEL

Cinto [ ] SIM [ ] NÃO  
Vítima [ ] projetada  
[ ] Encarcerada

Air Bag: [ ] SIM [ ] NÃO

Motorista: [ ]

Passageiro [ ] dianteiro  
[ ] traseiro

[ ] Capotamento

[ ] Atropelamento

[ ] Colisão

## MOTO:

[ ] Condutor  
[ ] Carona  
Capacete [ ] SIM [ ] NÃO  
[ ] queda  
[ ] Atropelamento  
[ ] Colisão

## BICICLETA:

[ ] Condutor  
[ ] Carona  
[ ] queda  
[ ] Atropelamento  
[ ] Colisão

## VIOLENCIA

[ ] FAB  
[ ] BAF  
[ ]  
[ ] Explosão  
[ ]  
[ ] Violência Doméstica  
[ ] Violineta Sexual  
[ ] Tentativa de suicídio  
[ ] Outro

## OUTROS

[ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto  
[ ] Queda, Altura aprop:[ ] Acidente doméstico  
[ ] Contendo não verificado  
[ ] Agressão p/ animal

[ ] Outros:

28 JUN 2018

## GENTE SEGUROADORA S/A

Av. Presidente Vargas, 800 - Boa Vista - RR  
Município: BOA VISTAMisco: V  
Midriase: \_\_\_\_\_  
Anisocoria: \_\_\_\_\_  
Otorréia: \_\_\_\_\_  
Otorragia: \_\_\_\_\_  
Rinorrágia: \_\_\_\_\_  
Aparentemente alcoolizado: DNV

## Vias Aéreas

## Ventilação

## AVALIAÇÃO INICIAL

## Circulação

[ ] Dispnéia  
[ ] Bradipneia  
[ ] Taquipneia  
[ ] Respi. Ruidosa  
[ ] Ostruções  
[ ] Apneia  
[ ] Ocio[ ] M.V. Diminuído  
[ ] M.V. Ausente  
[ ] Hiperfrequência  
[ ] Maciez  
[ ] Fenda respirativa[ ] Bradicárdico  
[ ] Taquicárdico  
[ ] Arritmico  
[ ] Enchimento capilar acima de 2'  
[ ] Ausente

## SINAIS VITais E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
02:25	/	80	20	98	/	/	/	/
02:50	/	80	20	97	/	/	/	/

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

## Pele

## Cabeça

## Face

## Pescoco

## Tórax

## Abdome \*

[ ] Corada  
[ ] Quemá  
[ ] Pústula  
[ ] Fria  
[ ] Urtica  
[ ] Seca  
[ ] Cianótica[ ] Contusão  
[ ] Escoriações  
[ ] Lacerção  
[ ] Hernatoma  
[ ] Aflamamento  
[ ] Fer.  
[ ] Penetrante[ ] Contusão  
[ ] Escoriações  
[ ] Lacerções  
[ ] Hernatoma  
[ ] Ferimento ocular  
[ ] Penetrante[ ] Escoriações  
[ ] Lacerções  
[ ] Hernatoma  
[ ] Desvio da traqueia  
[ ] Enfisema Sub-Cutâneo[ ] Escoriações  
[ ] Lacerções  
[ ] Tórax instável  
[ ] Resp. paradoxal  
[ ] Tampãoamento[ ] Escoriações  
[ ] Lacerções  
[ ] Dissecção  
[ ] Em tâbia  
[ ] Doloroso  
[ ] Evisceração[ ] Contusão  
[ ] Escoriações  
[ ] Dor  
[ ] Instabilidade[ ] Contusão  
[ ] Hematoma  
[ ] Dor[ ] Contusão  
[ ] Hematoma  
[ ] Dor[ ] Contusão  
[ ] Escoriações  
[ ] Lacerções  
[ ] Luxações[ ] Fratura  
[ ] Ampulhão

[ ]

## AVALIAÇÃO CARDIACA

## Coluna Dorsal

## AFECÇÃO CLÍNICA

## HISTÓRIA PREGRESSA

[ ] Ritmo Sanguíneo  
[ ] Taquicardia  
[ ] Bradicardia  
[ ] Fibrilar[ ] Fibrilação atria  
[ ] Fibrilação ventricular  
[ ] Assistolia[ ] Respiratória  
[ ] Neurológica  
[ ] Endocrinologia  
[ ] Metabólica  
[ ] Cardiovascular[ ] Digestiva  
[ ] Infecções  
[ ] Obstétrica  
[ ] Pediátrica  
[ ] Outra[ ] Diabetes  
[ ] Cardiopatia  
[ ] HAS  
[ ] Medicinação de uso  
[ ] Alergias  
[ ] Outros

## GRAVIDADE COMPROVADA

[ ] LEVE

[ ] ENFERMEIRA

[ ] MORTE

[ ] PEQUENA

[ ]

[ ]

[ ] MÉDIA

[ ]

[ ]

[ ] INDETERMINADA

[ ]

[ ]

[ ] OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

## MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS

[ ] Polícia Militar  
[ ] Guarda Municipal  
[ ] SMTRAN  
[ ] Bombeiro  
[ ] Outros:

[ ] Iniciada as: \_\_\_\_\_ [ ] Término as: \_\_\_\_\_

## DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

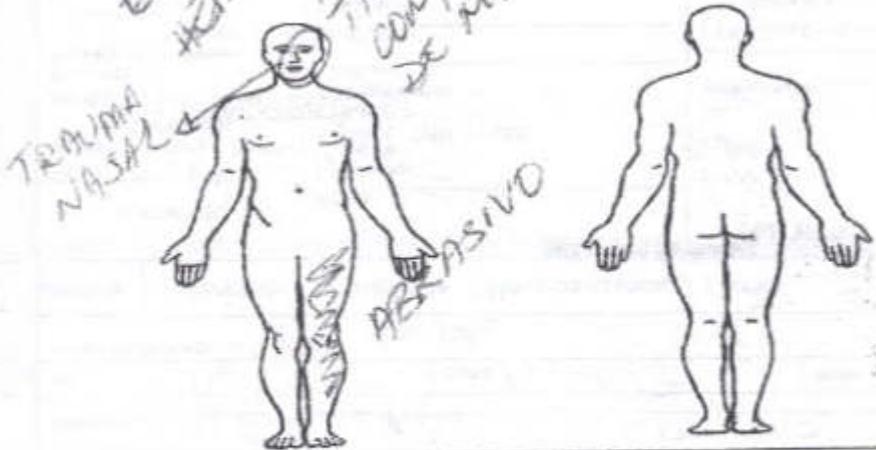
[ ] RCP com sucesso  
[ ] RCP sem sucesso  
[ ] Obs:VERE CONO ORIGINAL  
20/10/17  
Gelmo

<b>DESTINO</b> <input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<b>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT</b> <b>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b>  <b>26 JUN 2018</b>  <b>GENTE SEGURADORA S/A</b> <i>Avenida João Goulart, 101 - Rio Verde - GO</i>	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input checked="" type="checkbox"/> HCBA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Quirurgia
--	--	--

CERTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSAS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

VITIMA DE Queda de moto, apresenta-se em (evidente) estado de embriaguez. Apresenta edema + hematoma de orbita bilateral, contusão de face com perdas de múltiplos dentes da arcada superior e inferior, tagada psicomotora, (provavelmente) provavelmente por

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA		
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escola		
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 <input checked="" type="checkbox"/>	10 - 24	4 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 <input type="checkbox"/>	25 - 35	3 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 <input type="checkbox"/>	≥ 36	2 <input type="checkbox"/>
MOTOR FISICO Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 <input type="checkbox"/>	01 - 09	1 <input type="checkbox"/>
	Orientado	Bulbula	5 <input type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
	Confuso	Choro intenso	4 <input type="checkbox"/>	> 90	4 <input type="checkbox"/>
	Palavras inapropriadas	Choro e dor	3 <input type="checkbox"/>	70 - 89	3 <input type="checkbox"/>
MOTOR FISICO Reflexos	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2 <input type="checkbox"/>	50 - 69	2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	01 - 49	1 <input type="checkbox"/>
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 <input type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
	Localiza a dor	Retração ao toque	5 <input type="checkbox"/>	14 a 15	5 <input type="checkbox"/>
Extensão a dor	Flexão normal	Retra a dor	4 <input type="checkbox"/>	11 a 13	4 <input type="checkbox"/>
	Flexão anormal	Flexão normal	3 <input type="checkbox"/>	8 a 10	3 <input type="checkbox"/>
	Extensão a dor	Flexão anormal	2 <input type="checkbox"/>	5 a 7	2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	3 a 4	1 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA		



<b>GESTANTE</b> IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	<b>MATERIAL E MEDICAÇÃO</b> 06 ATADURAS 04 PARES DE LUVTAS
--	--





Eletrobras  
Distribuição Roraima

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
esta NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0135283-0

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Erico Gómez, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | INSC. FEDERAT: 24.001.022-6  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Ofício 8-1  
Reserva especial de impressão autorizada pelo MPRN2 36533  
CONTEÚDO: 100%

Nº da Nota Fiscal: 000729682

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEZ foi criada  
pela Lei nº 10.403 de 22 de outubro de 2001.

MAIO/2018 01/06/2018 137 108,99

FABIANE KELLY BATISTA DUARTE  
AV. JARDIM 901 BLO A203-ANDIROBA CIDADE SATELITE  
F: SIDENCIAL VILA JARDIM  
CNPJ: 69.317-529 - BOA VISTA

RUT: 32.001.24.20.470-000

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Até:	6027	Até:	11/05/2018
Abat:	5890	Abat:	11/04/2018
Anterior:	1.000	Anterior:	11/06/2018
Consumo de Multicarga:	137	Política Leitura:	10/05/2018
Consumo Médio:	137	Entrega:	11/05/2018
Consumo Faturado:	FCAM	Antecipação:	11/05/2018
			30

NORMAL

01001 DA UNIÃO - CONSUMO

Consumo: 14EDB097440 1423172 1.1.1.7 082

HISTÓRICO DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
160/mês consumo		CONSUMO	137 A R\$ 0,571282 = 78,15
JUN/18	269	ILUMINACAO PUBLICA	30,74
MAR/18	294		
FEV/18	232		
JAN/18	252		
DEZ/17	377		
NOV/17	320		
OUT/17	77		
SET/17	52		
AGO/17	69		
JUL/17	44		
18 137 - 8.457,70			

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VÍNCULO DE PAGAMENTO

Mês/Ano: 05/2018 Valor: R\$ 181,69

Unidade consumidora sujeita à cobrança do faturamento de serviços elétricos a partir de 01/06/2018, se fatur. 000729682 reavaliado neste ato. O não pagamento provoca a suspensão e inclusão de nome em lista de credores. No caso de não existir em conta(s) a quantia de R\$ 181,69 (valor faturado) no dia 01/06/2018, o pagamento deve ser efetuado ante a Eletrobras.

LIGUE: 080087019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 6062.A8B9.F8F8.A6C8.5154.954F.6B4B.5FC4

COMPRAÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Dispilação:	23,48	Bases de Cálculo:	3,25
Energia:	37,55	Alíquota ICMS:	1,00%
Transportador:	0,00	Valor do ICMS:	13,30
Encargos:	1,56	Valor do PIS:	0,41
Impostos:	15,66	Valor do COFINS:	1,95

NOTA FISCAL DE CONTINUIDADE

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
0,00 0,00 0,00

03/2018 0,00

NOTA FISCAL: 32.001.24.20.470400

SEU CÓDIGO  
0135283-0

TOTAL A PAGAR - R\$

108,99

05/2018 01/06/2018

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA SIA  
Av. Capitão Erico Bezerra, 891 - Boa Vista - RR

Eletrobras  
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Erico Gómez, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | INSC. FEDERAT: 24.001.022-6

Nº da Nota Fiscal: 000729682 FCA1

83680000001 7 08990075000 4 00000000135 4 28300518008 0



SEQ.: 00358 UC: 0135283-0 DT.LEIT.: 11/05/2018 F.ENTR.: 0  
LITURA: 6027 NORIAL TOTAL: 108,99 CARGA: 016  
DT.VENC.: 01/06/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1102



ATENDIMENTO  
CAER  
0800 280 9520

Masterfile 133379

Vizio D60R

Client: TINGTO GUARTE MOTTA

Endereço da unidade:  
RUA JESUS CRISTO, 3640, 88472 - SENADOR R  
ELIO CAMPIS BOA VISTA RR 69014-562

Interest 661,629.160.0120.000 Rate 19 Sep Rots 941 Expenses 1

Habitação TAM-MEDIDO	Data de Instalação	Situação Água LIGADA	Sp. de Esterco	POTENCIA
	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM-DE-DIAS
LEITURA FAT.			10	0
LEITURA INF.				
DT. LEITURA				

ULTIMOS CONSIDEROS

Anexo 10 - Despesas com a Administração Pública - Detalhamento das Despesas Federais - Ano 2000		Detalhamento das Despesas Federais - Ano 2000				
Item	Subitem	Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor
200002	20-4	DESPESAS COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - DETALHAMENTO DAS DESPESAS FEDERAIS - ANO 2000				
200003	20-5	DESPESA				
200004	20-6	DESPESA				
200005	20-7	DESPESA				
200006	20-8	DESPESA				
200007	20-9	DESPESA				
200008	20-10	DESPESA				
200009	20-11	DESPESA				
200010	20-12	DESPESA				
200011	20-13	DESPESA				
200012	20-14	DESPESA				
200013	20-15	DESPESA				
200014	20-16	DESPESA				
200015	20-17	DESPESA				
200016	20-18	DESPESA				
200017	20-19	DESPESA				
200018	20-20	DESPESA				
200019	20-21	DESPESA				
200020	20-22	DESPESA				
200021	20-23	DESPESA				
200022	20-24	DESPESA				
200023	20-25	DESPESA				
200024	20-26	DESPESA				
200025	20-27	DESPESA				
200026	20-28	DESPESA				
200027	20-29	DESPESA				
200028	20-30	DESPESA				
200029	20-31	DESPESA				
200030	20-32	DESPESA				
200031	20-33	DESPESA				
200032	20-34	DESPESA				
200033	20-35	DESPESA				
200034	20-36	DESPESA				
200035	20-37	DESPESA				
200036	20-38	DESPESA				
200037	20-39	DESPESA				
200038	20-40	DESPESA				
200039	20-41	DESPESA				
200040	20-42	DESPESA				
200041	20-43	DESPESA				
200042	20-44	DESPESA				
200043	20-45	DESPESA				
200044	20-46	DESPESA				
200045	20-47	DESPESA				
200046	20-48	DESPESA				
200047	20-49	DESPESA				
200048	20-50	DESPESA				
200049	20-51	DESPESA				
200050	20-52	DESPESA				
200051	20-53	DESPESA				
200052	20-54	DESPESA				
200053	20-55	DESPESA				
200054	20-56	DESPESA				
200055	20-57	DESPESA				
200056	20-58	DESPESA				
200057	20-59	DESPESA				
200058	20-60	DESPESA				
200059	20-61	DESPESA				
200060	20-62	DESPESA				
200061	20-63	DESPESA				
200062	20-64	DESPESA				
200063	20-65	DESPESA				
200064	20-66	DESPESA				
200065	20-67	DESPESA				
200066	20-68	DESPESA				
200067	20-69	DESPESA				
200068	20-70	DESPESA				
200069	20-71	DESPESA				
200070	20-72	DESPESA				
200071	20-73	DESPESA				
200072	20-74	DESPESA				
200073	20-75	DESPESA				
200074	20-76	DESPESA				
200075	20-77	DESPESA				
200076	20-78	DESPESA				
200077	20-79	DESPESA				
200078	20-80	DESPESA				
200079	20-81	DESPESA				
200080	20-82	DESPESA				
200081	20-83	DESPESA				
200082	20-84	DESPESA				
200083	20-85	DESPESA				
200084	20-86	DESPESA				
200085	20-87	DESPESA				
200086	20-88	DESPESA				
200087	20-89	DESPESA				
200088	20-90	DESPESA				
200089	20-91	DESPESA				
200090	20-92	DESPESA				
200091	20-93	DESPESA				
200092	20-94	DESPESA				
200093	20-95	DESPESA				
200094	20-96	DESPESA				
200095	20-97	DESPESA				
200096	20-98	DESPESA				
200097	20-99	DESPESA				
200098	20-100	DESPESA				
200099	20-101	DESPESA				
200100	20-102	DESPESA				
200101	20-103	DESPESA				
200102	20-104	DESPESA				
200103	20-105	DESPESA				
200104	20-106	DESPESA				
200105	20-107	DESPESA				
200106	20-108	DESPESA				
200107	20-109	DESPESA				
200108	20-110	DESPESA				
200109	20-111	DESPESA				
200110	20-112	DESPESA				
200111	20-113	DESPESA				
200112	20-114	DESPESA				
200113	20-115	DESPESA				
200114	20-116	DESPESA				
200115	20-117	DESPESA				
200116	20-118	DESPESA				
200117	20-119	DESPESA				
200118	20-120	DESPESA				
200119	20-121	DESPESA				
200120	20-122	DESPESA				
200121	20-123	DESPESA				
200122	20-124	DESPESA				
200123	20-125	DESPESA				
200124	20-126	DESPESA				
200125	20-127	DESPESA				
200126	20-128	DESPESA				
200127	20-129	DESPESA				
200128	20-130	DESPESA				
200129	20-131	DESPESA				
200130	20-132	DESPESA				
200131	20-133	DESPESA				
200132	20-134	DESPESA				
200133	20-135	DESPESA				
200134	20-136	DESPESA				
200135	20-137	DESPESA				
200136	20-138	DESPESA				
200137	20-139	DESPESA				
200138	20-140	DESPESA				
200139	20-141	DESPESA				
200140	20-142	DESPESA				
200141	20-143	DESPESA				
200142	20-144	DESPESA				
200143	20-145	DESPESA				
200144	20-146	DESPESA				
200145	20-147	DESPESA				
200146	20-148	DESPESA				
200147	20-149	DESPESA				
200148	20-150	DESPESA				
200149	20-151	DESPESA				
200150	20-152	DESPESA				
200151	20-153	DESPESA				
200152	20-154	DESPESA				
200153	20-155	DESPESA				
200154	20-156	DESPESA				
200155	20-157	DESPESA				
200156	20-158	DESPESA				
200157	20-159	DESPESA				
200158	20-160	DESPESA				
200159	20-161	DESPESA				
200160	20-162	DESPESA				
200161	20-163	DESPESA				
200162	20-164	DESPESA				
200163	20-165	DESPESA				
200164	20-166	DESPESA				
200165	20-167	DESPESA				
200166	20-168	DESPESA				
200167	20-169	DESPESA				
200168	20-170	DESPESA				
200169	20-171	DESPESA				
200170	20-172	DESPESA				
200171	20-173	DESPESA				
200172	20-174	DESPESA				
200173	20-175	DESPESA				
200174	20-176	DESPESA				
200175	20-177	DESPESA				
200176	20-178	DESPESA				
200177	20-179	DESPESA				
200178	20-180	DESPESA				
200179	20-181	DESPESA				
200180	20-182	DESPESA				
200181	20-183	DESPESA				
200182	20-184	DESPESA				
200183	20-185	DESPESA				
200184	20-186	DESPESA				
200185	20-187	DESPESA				
200186	20-188	DESPESA				
200187	20-189	DESPESA				
200188	20-190	DESPESA				
200189	20-191	DESPESA				
200190	20-192	DESPESA				
200191	20-193	DESPESA				
200192	20-194	DESPESA				
200193	20-195	DESPESA				
200194	20-196	DESPESA				
200195	20-197	DESPESA				
200196	20-198	DESPESA				
200197	20-199	DESPESA				
200198	20-200	DESPESA				
200199	20-201	DESPESA				
200200	20-202	DESPESA				
200201	20-203	DESPESA				
200202	20-204	DESPESA				
200203	20-205	DESPESA				
200204	20-206	DESPESA				
200205	20-207	DESPESA				
200206	20-208	DESPESA				
200207	20-209	DESPESA				
200208	20-210	DESPESA				
200209	20-211	DESPESA				
200210	20-212	DESPESA				
200211	20-213	DESPESA				
200212	20-214	DESPESA				
200213	20-215	DESPESA				
200214	20-216	DESPESA				
200215	20-217	DESPESA				
200216	20-218	DESPESA				
200217	20-219	DESPESA				
200218	20-220	DESPESA				
200219	20-221	DESPESA				
200220	20-222	DESPESA				
200221	20-223	DESPESA				
200222	20-224	DESPESA				
200223	20-225	DESPESA				
200224	20-226	DESPESA				
200225	20-227	DESPESA				
200226	20-228	DESPESA				
200227	20-229	DESPESA				
200228	20-230	DESPESA				
200229	20-231	DESPESA				
200230	20-232	DESPESA				
200231	20-233	DESPESA				
200232	20-234	DESPESA				
200233	20-235	DESPESA				
200234	20-236	DESPESA				
200235	20-237	DESPESA				
200236	20-238	DESPESA				
200237	20-239	DESPESA				
200238	20-240	DESPESA				
200239	20-241	DESPESA				
200240	20-242	DESPESA	</			

卷之三

卷之三

10

THE FEDERAL TAXES ARE UNPAID.

### REFERENCES

卷之三

PARCELAGEM DE DEBITOS PARCELA 06/26  
JUROS SOBRE PARCELAGEM 11/2017  
MULTA PUNIPONTIALIDADE 03/2018  
DESCONTO ACORDADO 15/2017

102.92  
17.97  
2.46

### References

15/06/2018

AR 125.89

AVANTAGE EN 2008/2010 CONTA DEVIDO FISCAIS 12.000,00

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

25 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Cariá, 1110 - Barra - AL - 54100-000

WCAER

PARIS, 1998. — *PIRELLA VENCHIA* — *TOUJ. A. PIRELLA*

8333398 85-2818 15/05/2018 176-89

822800074077-3 25890004001-3 000163332001 3 05201800003 4



La chitarra

Jia & Cie

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 FRANCIMÁRIO ARAÚJO DE AGUIAR, inscrito (a) no CPF 317365562, 15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FABIANE KELLY BATISTA DUARTE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 788121782, 00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FABIANE KELLY BATISTA DUARTE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 788121782, 00, 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 Bairro Email	<u>R/ JOSE RENATO HANAO-</u> <u>S. H. CAMPOS</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Número Estado <u>RR</u>	Complemento CEP
		Telefone comercial (DDD) <u>(95) 991434631</u>	Telefone celular (DDD)	

Boa Vista - RR cb de Junho de 2018  
Local e Data

Fabiane Kelly Batista Duarte  
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Júlio Bezerra, 454 - Boa Vista - RR

1700710533 15/01/2017 01:50:03

**FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA**

NOTURNO 19. 3

PACIENTE		PERÍODO DE ATENDIMENTO		TRABALHOS		NOTURNO 19-3	
FABIANE KELLY BATISTA DUARTE		Data Nascimento		Idade		CNS	
		25/09/1984		32 A 3 M 20 D		898003940086465	
TIPO DOC: IDENTIDAD		DOCUMENTO: 241994		ÓRGÃO EMISOR: SESP/RR		DATA EMISSÃO: 10/01/2013	
Mãe: SILVANA BATISTA DUARTE		Endereço: RUA - VILA JARDIM - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - PR		SEXO: F		ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A) PARD	
						RACA/COR: BELEM - PA	
						NACIONALIDADE: Contato: (95) 99111-8467	
						Ocupação:	

Class. do Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>				
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento	Profissional do Atendimento	Procedência	Tomp.	Peso
<b>SELETOR</b>	<b>URGÊNCIA</b>				Pressão
<b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo do Atendimento	<b>EMERGÊNCIA SINISTROS - DPVAT</b>	Procedimento Sol.	Registrado por:	
	SAMU	<b>CONTENDO NÃO VERIFICADO</b>		<b>WESLLEN.ROCHA</b>	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Fobíl <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
<i>Pelvisum</i>	28 JUN 2018				
Manifestações de Enfermagem					
	<b>GSC</b> AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
	<b>GENTE SEGURADORA S/A</b>				

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 10:00h - 06/08/2018 - 06/08/2018) -  
Exame Físico -  
Pele pol. traum. L:zoda.  
digitada. Não permitindo equipe trabalhar.  
Segurança: cd: sexto levantando para fazer  
med. das micosis.

Hipótese Diagnóstica: prol. das mamas  
Sint.: estavel no hemodinâmico - soft tк de Abd - Câncer

**SADT - Examens Complémentaires** ~~soit : test de Abd - CIRANO~~

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
------------	-------------	------------

different stages (IV)

2 excesso calibrado.

Matheus Molina  
MEDICO

Alta por Decisão Médica *6/14/530,40m* Estável Observar  
Médico - CRUZADA FASE

Alta a Pedido

Alta a Revisão

Ambulatório

Observação (Alt 24h)

Internação

Transferência para: CV 00  Informação  
Data e Hora da Saída/Alta: 01/01/2017

Carimbos e Assinaturas da M&T

Intepresso por: Weslleyen Recha  
Data: 15/04/2013 05:50:56









## Objetivo do Estudo da Psicologia

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

## PRESCRIÇÃO DIÁRIA

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**



PRÉ-OP-

NOME	LEITO	DATA							
1 Dieta zero apesar das 22h	204 - 03	20/01/12							
2 SF 0,9% 500ml + GH 50% 40ml EV 6/6h a partir das 22h	24 - SNR	HD							
3 Dipirona 1g EV de 6/6h SN	5v								
4 Metoclopramida 10 mg EV 8/8h SN OU Ondansetron 4g EV de 8/8h SN	22								
5 Omeprazol 40mg EV 1x/dia	SN								
6 Aferir PA 1h antes da cirurgia									
7 Captopril 25mg VO se PAS>160mmHg e ou PAD>110mmHg									
8 Dextro de 6/6h									
9 <i>Caixa de 16 ml de 1/2</i>									
10 <i>Medicamento 20g ou 12,5g</i>									
11 <i>Medicamento 10g ou 5g</i>									
12 <i>Medicamento 10g ou 5g</i>									
13 <i>Medicamento 10g ou 5g</i>									
14 <i>Medicamento 10g ou 5g</i>									
15 <i>Medicamento 10g ou 5g</i>									
16 <i>Medicamento 10g ou 5g</i>									
17 <i>Medicamento 10g ou 5g</i>									
SINAIS VITAIS		Profissionais Responsáveis:							
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	DESTRO	Insulina Regular	HORA	DESTRO	INSULINA
PA	130x80	110x80			< 70	Glicose 50% 40 ml EV	11:00	13:00	13:00
FC	80	70			< 200	0 UI - SC	17:00	17:00	17:00
TEMPERATURA	36,8	36,5			201-250	0,2 UI - SC	21:00	21:00	21:00
FR	16	15			251-300	0,4 UI - SC	22:00	22:00	22:00
DIURESE					301-350	0,6 UI - SC	01:00	01:00	01:00
EVACUAÇÃO					351-400	0,8 UI - SC			
CURATIVO					2400	10 UI - SC	CHAMAR PLANTONISTA		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT</b>  <b>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b> </div>									
<b>28 JUN 2018</b>									
<b>GENTE-SEGURADORA S/A</b> <b>Cyntia Júlio Bento, 481 - Botafogo - RJ</b>									

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

GENTE-SEGURADORA S/A  
Av. Cipriano Júlio Bezerra, 481 - Rio Vermelho - RR



**NOME:** Fabiane Kelly Batista Duarte (BLOCO B 204.3)

**SEXO:** F

**IDADE:** Data de nascimento:

**DATA DO EXAME:** 19-01-17

**MÉDICO SOLICITANTE:**

**INDICAÇÃO:**

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

#### Protocolo

Exame realizado sem a injeção do meio de contraste.

#### Relatório

Sulcos corticais e cisternas encefálicas com amplitudes habituais para a faixa etária.

Sistema ventricular supratentorial de aspecto habitual

Parênquima cerebral com morfologia e atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.

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.

Fraturas dos seios maxilares, da região frontal / gabela e parede lateral da órbita direita, corpo da mandíbula esquerda, com hematosinus.

Boa Vista,

Data do relatório: 19/01/2017

Dr. JULIANO MEDEIROS LIMA  
CRM - 743/RR

ÁREA DE SINISTROS - OPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2016

GENTE SEGURADORA S/A  
CNPJ 02.330.000/0001-44 - Rua Vinte - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brigadoiro Eduardo Gomes s/nº / Bairro Nove de Julho  
Cep: 69360-000 Boa Vista-RR  
Tel: (93)2121-0655

## PRESCRIÇÃO DIÁRIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## PRESCRIÇÃO DIÁRIA



## PRESCRIÇÃO DIÁRIA

## PRESCRIÇÃO DIÁRIA

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

UNIDADE/SETOR:			
NOME DO PACIENTE:			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:			
QUARTO:	LEITO:	NR REGISTRO	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Beira Mar, 434 - Bopiranga - RR

QUARTO: 204 LEITO: 03

DATA/HORA:

24/01/18

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

OBSERVAÇÕES:

Prescrição: Pd. Zeg, Comunicou-se  
ao leito, nega queixa.  
aparente suspeita  
abcesso, com forte  
odor.

Pr. Pd. Zeg, Comunicou-se  
ao leito, nega queixa.  
aparente suspeita  
abcesso, com forte  
odor.

Hora	T	P	R
12:00	36.8	66	+
13:00			+
14:00			+
15:00			+

Pr. Pd. Zeg, Comunicou-se  
ao leito, nega queixa.  
aparente suspeita  
abcesso, com forte  
odor.

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**ÁREA DE SANEAMENTO BÁSICO**  
**DE ESTADO DA SAÚDE**  
**CONTENDORES SANITÁRIOS**

## PRESCRIÇÃO DIÁRIA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## PRESCRIÇÃO DIÁRIA

ÁREA DE SINISTROS - ÓPVAT		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
28 JUN 2018			
GENTE SEGURADORA S/A Av. Ciprião Júlio Bezerra, 664 - Boa Vista - RR			
QUARTO: 20	LEITO: 03	NR REGISTRO: 207	PRESCRIÇÃO DIÁRIA

GENTE SEGURADORA S/A  
Córdoba, 1150 Beira Rio - Boa Vista - RR

28 JUN 2018

NOME DO PACIENTE: Fábiozzi Kelly Bárbara D'Andrea  
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA/HORA: \_\_\_\_\_  
PREScrição: \_\_\_\_\_

**OBSE**  
**RVAC**  
**OE**

13/10/2022

40

卷之三

110

30

110

256

111

10

38/2

Alph

110

2

111

111

111

110

111

111

111

111

Time	T	P	R	Pa
12.00	26.2	6.9	204.8	14.0
13.00				
14.00	34.6	5.8	401.6	14.0
15.00	34.5	7.2	411.6	14.0



28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão José Boiteira 444 - B03 Vila - RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

*Reletoio Matto*

## Receuário

O paciente, Fábio Kelly Belo Neto,  
Utente de acidente de moto (15/01/2018)  
Com fratura direta Omofígio Cl I Fratura (lado  
d) perdeu de 2 dentes (anterior superior d).  
Evidiu cl deformidade anatômica. Perte  
moçoamento Circunsc. Retangular. Perda 1<sup>o</sup>  
Cíngulo no artigo inferior da mandíbula. O app  
3º dito moçoamento qm regres fronto parietal (D);  
Ombros cl pleio e profundo.  
Ombro direito cl dor lumbos capso. Ombro  
esq: cl dor lumbos capso superior (D) cl palpável  
deformidade Regia extensa (D)  
D) Squele de fratura do zigomato (D) e  
Squele de Fratura de mandíbula Omofígio deformidade  
de orbita (D) e b de audição (D).  
Ricente cl deformidade incisiva em estrutura  
DATA: 25/01/2018 Exame/ausc. *J. grb*

Caro Belo Neto 002  
Discreta Trauma - 553  
Assinatura e Carimbo



**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

