

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)
<div>Realces</div> <div>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</div> <div>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</div> <div>Filtros</div> <div>Movimentado Por: <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</div> <div>Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/></div> <div>Descrição: <input type="text"/></div>					
48 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 48				500 por pág.	1
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,	2632207IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJUR01.pdf	Público	
	48.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2632207IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf	Público	
	47	18/11/2019 08:30:03	<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>	
	46	14/11/2019 10:59:12	<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>	
	45	14/11/2019 10:58:10	<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>	
	44	14/11/2019 10:42:37	<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>	
	43	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>	
<input type="checkbox"/>	42	14/11/2019 09:47:09	<b>JUNTADA DE LAUDO</b>	Rogerio Leonardo de Paula Dias <b>Perito</b>	
<input type="checkbox"/>	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 1ª 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, descaracteriza 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**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

FRANCISCO ARAUJO DE AQUINO

DOC. IDENTIFIC. / OUT. NACIONAL

07954 889 88

CPF

317 365 562-15

DATA DO RENOV.

02/08/1988

NOME

FRANCISCO FIDELIS DE

AQUINO

JESSE ARAUJO DE AQUINO

PROFISSÃO

PROFISSIONAL

AC

AC

DATA DE

AC

Nº IDENTIFIC.

00919064590

VALIDADE

17/06/2020

PROFISSÃO

26/08/1992

CONDIÇÃO

Exerce ativ remunerada

*Francisco Fidelis de Aquino*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA RORAIMA

DATA DO EMISSÃO

22/06/2015

*Wh*

ASSINATURA DO DETRAN  
 (Carimbo do DETRAN)

75319465007

RR208230786

DETRAN-RR (RORAIMA)

PHILIPPS PLASTICAN  
1015338060

## Declaração

**Fabiane kelly Batista Duarte venho**

por meio desta informar a seguradora líder administradora do seguro Dpvt- lhe comunicar que a motocicleta- RENAVAL 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 registra 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 DOMÉSTICOS  
Nº DO RG: 24.199.4 2ª VIA ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 18/05/2018  
Nº CPF: 788.121.782-00  
ENDEREÇO: AV. JARDIM BLC. 06A-203/BAIRRO-LIDANE SATELITE

## OUTORGADA :

NOME: FRANCIMARIA ARAÚJO DE ARAÚJO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA  
PROFISSÃO: MOTOCICLISTA  
Nº DO RG: 97.854 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 10-02-1998  
Nº CPF: 317.365.562-15  
ENDEREÇO: R. JOSE RENATO HARADE 472 S.H. CAMPOS

## PODERES:

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



BOA VISTA-RR, 06 de JUNHO de 20 18.

Fabiane Kelly Batista Duarte  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



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**

Carta nº 13047638



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** 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, 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

788121782-00

Nome completo da vítima

FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

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

Nome completo FABIANE KELLY BATISTA DUARTE		CPF titular da conta 788121782-00	Profissão SERVICO GRENIS
Endereço AV. JARDIM BLE. 06 A-203		Número 06 A-203	Complemento R/ ANDRÉ ROCHA
Bairro CIDADE SATELITE	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 300-000
E-mail		Telefone (DDD) (095) 991400678	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<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"/> ACIMA DE R\$ 3.000,00	
<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"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)	D/V (Informar dígito se existir)	BANCO Nome ITAU	NRO. 341
AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)	D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 1352	D/V (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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-RR, 06 de JUNHO de 2018  
Local e Data

Fabiane Kelly Batista Duarte

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2018

Salvina

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR



----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----  
0043258 DROGARIA ULTRAPHAR 14/02/2018  
ITAU  
19:20:17 (Horario de Brasília)  
\*\*\*\*\*8676 ID:73120011-3303

Extrato

AGENCIA 1352 CONTA 17525-9-FABIANE DUARTE  
05/01 SAQUE CARTAO MAGNETIC 1.257,00-  
05/02 RSHIP-ULTRAPHARMA-05/ 34,58-  
05/02 SAQUE 24H 26073148 1.000,00-  
05/02 SAQUE 24H 27964509 300,00-  
05/02 PAGTO AUXILIO ALIMENT 295,00  
05/02 PAGTO SALARIO 1.043,71  
(=)SALDO DISPONIVEL P/SAQUE 4,50  
(+)LIS/ADIC (SUJ ENCARGOS) 0,00  
(=)VALOR TOTL DISP P/ SAQUE 4,56  
CENTRAL DE ATENDIMENTO 4004-4828  
(CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS) OU  
0800-970-4828 (DEMAIS REGIOES)  
SAC 0800-728-0728 - TODOS OS DIAS, 24H  
SE NAO FICAR SATISFEITO COM A SOLUCAO,  
CONTATE A OUVIDORIA, COM O NUMERO DO  
PROTOCOLO EM NROS: 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  
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







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

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

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

Bairro: Cidade Satélite

Natureza	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	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			
Logradouro: Av.: Jardim	Nº: 901	Complemento: Bl. 06, Apart. 203, Cond.	
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 838.404.512-72), no sentido centro-bairro, onde colidiu num cachorro, fazendo com perdesse o controle do veículo, saísse 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 Atendimento

Fabiane Kelly Batista Duarte  
Fabiane Kelly Batista Duarte  
Vítima

Fabiane Kelly Batista Duarte  
Fabiane Kelly Batista Duarte  
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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

78812178200

Data do Acidente

15/01/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento 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.

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.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

Monte Alegre - PA

28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

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



Unidade: GRUPO II Equipe: ANDERSON / TAMIRES / HELLA AL  
 Paciente: FABIANE KELLY BATISTA JUAETE Idade: 32 Sexo: F  
 Endereço: BRN ADARLDO, CIDADE SATELITE

Nº 154 DATA 15/01/17 HORA: 01:09  
 Médico (a) Regulador (a) Dr (a) CRM: Dr Luiz 01:16

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA			
<b>AUTOMÓVEL</b> Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Vítila <input type="checkbox"/> projetada <input checked="" type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> dianteiro <input checked="" type="checkbox"/> traseiro Passageiro: <input type="checkbox"/> Capotamento <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão	<b>MOTO:</b> <input type="checkbox"/> Condutor <input checked="" type="checkbox"/> Carona Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão <b>BICICLETA:</b> <input type="checkbox"/> Condutor <input checked="" type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão	<b>VIOLÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> FAS <input checked="" type="checkbox"/> BAF <input type="checkbox"/> Espionamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro	<b>OUTROS</b> <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox: <input type="checkbox"/> Outros:

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**  
 28 JUN 2018  
**GENTE SEGURADORA S/A**  
 Av. ...

AVALIAÇÃO INICIAL			
<b>Vias Aéreas</b> <input type="checkbox"/> Dispneia <input checked="" type="checkbox"/> Bradipneia <input checked="" type="checkbox"/> Taquipneia <input checked="" type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input checked="" type="checkbox"/> Obstruída <input checked="" type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro	<b>Ventilação</b> <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input checked="" type="checkbox"/> M.V. Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input checked="" type="checkbox"/> Maciez <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<b>Circulação</b> <input type="checkbox"/> Bradicárdia <input checked="" type="checkbox"/> Taquicárdia <input checked="" type="checkbox"/> Arritmico <input checked="" type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input checked="" type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Miose <input checked="" type="checkbox"/> Midríase <input checked="" type="checkbox"/> Anisocoria <input checked="" type="checkbox"/> Otorrêa <input checked="" type="checkbox"/> Otorragia <input checked="" type="checkbox"/> Rinorréia <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input checked="" type="checkbox"/> DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
01:25	80	20	93					
01:50	80	20	97					

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
<b>Pele</b> <input type="checkbox"/> Corada <input checked="" type="checkbox"/> Quente <input checked="" type="checkbox"/> Pálida <input checked="" type="checkbox"/> Fria <input checked="" type="checkbox"/> Úmida <input checked="" type="checkbox"/> Seca <input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<b>Cabeça</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Laceração <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Afundamento <input checked="" type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<b>Face</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Ferimento ocular <input checked="" type="checkbox"/> Ferimento Sub-Cutâneo	<b>Pescoço</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input checked="" type="checkbox"/> Edema Sub-Cutâneo	<b>Tórax</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Tórax instável <input checked="" type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input checked="" type="checkbox"/> Tamponamento	<b>Abdome</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Distensão <input checked="" type="checkbox"/> Em taboa <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Evisceração
<b>Peixe</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Instabilidade	<b>Coluna Dorsal</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Dor	<b>Membros</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Fratura <input checked="" type="checkbox"/> Amputação		

AVALIAÇÃO CARDIACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia <input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia <input checked="" type="checkbox"/> Fibril	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input checked="" type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input checked="" type="checkbox"/> Assístolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> Psiquiátrica <input checked="" type="checkbox"/> Metabólica <input checked="" type="checkbox"/> Cardiovascular <input checked="" type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Digestiva <input checked="" type="checkbox"/> Infecçiosa <input checked="" type="checkbox"/> Obstétrica <input checked="" type="checkbox"/> Pediátrica <input checked="" type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabetes <input checked="" type="checkbox"/> Alergias <input checked="" type="checkbox"/> Cardiopatia <input checked="" type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> HAS <input checked="" type="checkbox"/> Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA: ☒ LEVE ☒ MODERADA ☒ GRAVE  
 PEQUENA MORTE ☐ MÉDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Local de Destino): Dr. Filizola

**MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS**  
☒ Polícia Militar ☒ Guarda Municipal ☒ SAMTRAN ☒ Bombeiro ☒ Outros:

Realizada em: 01/07/17 Término em: 01/07/17  
 RCP com sucesso ☒ RCP sem sucesso ☐ Obs:

0446

TRASSILERA

INTERFERE COMO ORIGINAL  
 01/07/17  
 Dr. Filizola

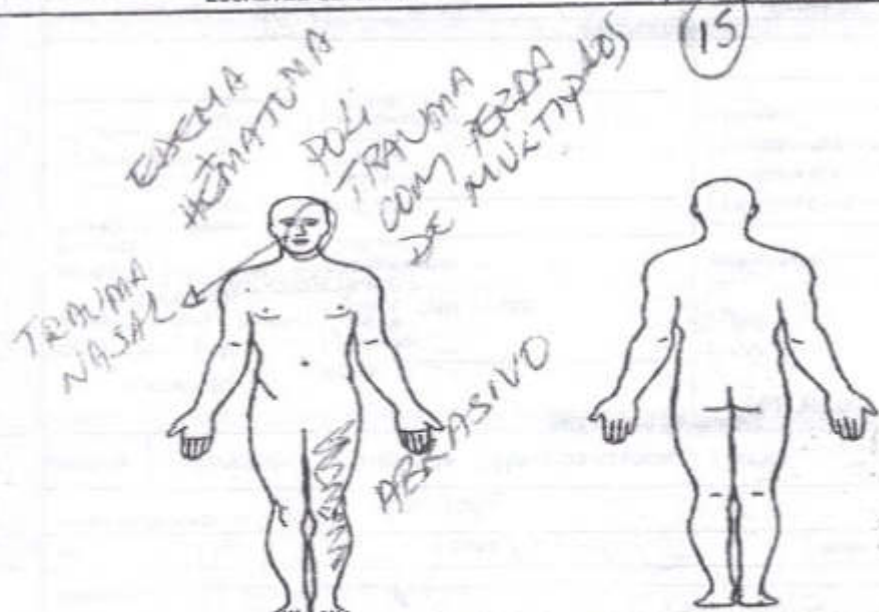


DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  26 JUN 2018  GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 424 - Boa Vista - RN	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input checked="" type="checkbox"/> HC8A <input checked="" type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros

ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: <u>123.456.789-0</u>

VITIMA DE QUEDA DE MOTO. APRESENTA-SE RM (EVIDENTE) E DO DE EMBRIAGUEZ. APRESENTA EDEMA + HEMATOMA DE ORBITA BILATERAL, TRAUMA DE FACE COM DEPRESSÃO MULTIPLOS DENTES DA ARCADEA SUPERIOR E INTERIOR, TACAO PSICOMOTORA (PROVAVEL) PROVAVELMENTE POR

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (por / min)	
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	10 - 24	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	25 - 35	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	> 35	2
Módulo Resposta Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01 - 09	1
	Orientado	Responde	5	0	0
	Confuso	Choro irritado	4	> 90	4
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	70 - 89	3
Módulo Resposta Motor	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	50 - 69	2
	Nenhuma	Nenhuma	1	01 - 49	1
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	0	0
	Localiza a dor	Retira ao toque	5	14 a 15	5
Módulo Resposta	Flexão normal	Retira a dor	4	11 a 13	4
	Flexão anormal	Flexão normal	3	8 a 10	3
	Extensão a dor	Flexão anormal	2	5 a 7	2
	Nenhuma	Nenhuma	1	3 a 4	1



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

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão São Gabriel, 881 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.323-3  
Nota Fiscal / Documento de Energia Elétrica - Série B-1  
Recupere o valor da energia não utilizada pelo DCEPZ 2018/3

Nº da Nota Fiscal: 000729682  
A Tarifa Social de Energia elétrica - TSEI foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA	VENCIMENTO	CONSUMO	VALOR
MAIO/2018	01/06/2018	137	108,99

FABIANE KELLY BATISTA DUARTE  
AV JARDIM 901 B00 A203-ANDIROBA CIDADE SATELITE  
R: SIDERIAL VILA JARDIM  
C/P: 69.317-529 - BOA VISTA

RUT: 32.001.24.20.470-400

DADOS DA LEITURA	KWH	ATUAL	DETALHES DA LEITURA
Atual:	6027		Atual: 11/05/2018
Anterior:	5890		Anterior: 11/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 11/06/2018
Consumo Medido:	137	FCAM	Exatidão: 10/05/2018
Consumo Faturado:	137		Arrecadação: 11/05/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação	Localidade	Número Medidor	Posto
R: SIDERIAL	BI	14EDB097440	1423472
			1.1.1.1

HISTÓRICO DE CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
CONSUMO	137 A R\$ 0,571202 =	78,25
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		30,74
RESUMO DO CONSUMO		
MAI/18	269	
ABR/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	
- DIFERENÇA DE INÍCIO DE PERÍODO		
R\$ 137 - R\$ 0,571202		

MENSAGEM IMPORTANTE SOBRE O DEBÍTO DE PAGAMENTO  
O valor da conta é de R\$ 181,69, sendo que o valor de R\$ 78,25 refere-se ao consumo de energia elétrica e o valor de R\$ 103,44 refere-se ao valor da iluminação pública. O valor da conta é devido até o dia 10/06/2018. O valor da conta é devido até o dia 10/06/2018. O valor da conta é devido até o dia 10/06/2018.

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPORTE EM R\$
Distribuição:	23,48
Energia:	37,55
Transmissão:	0,00
Encargos:	1,56
Tributos:	15,66
	3,25
	1,00%
	13,30
	0,41
	1,95

VALORES DE CONTINUAÇÃO							
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00			0,00				0,00
							03/2018
							0,00

RUT: 32.001.24.20.470400

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão São Gabriel, 881 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.323-3

SEU CÓDIGO  
0135283-0

MÊS FATURADO  
05/2018

Nº da Nota Fiscal: 000729682

FCAM

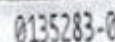
836800000001 7 08990075000 4 000000000135 4 283005180008 0



EQ.: 00358 UC: 0135283-0 DT.LEIT.: 11/05/2018 F.ENTR.: 0  
LITURA: 6027 NORMAL TOTAL: 103,99 CARGA: 016  
DT.VENC.: 01/06/2018 IRREG.: 000 COLETON: 1102

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
28 JUN 2018  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão São Gabriel, 881 - Boa Vista - RR





SEQ.: 00358 UC: 0135283-0 DT.LEIT.: 11/05/2018 F.ENTR.: 0  
 ITURA: 6027 NORMAL TOTAL: 103,99 CARGA: 016  
 DT.VENC.: 01/06/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1102



COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE RORAIMA  
 CNPJ: 08.848.000/01-05  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 36.000.116-4  
 RUA MELVYN JONES, 216 - SÃO PEDRO - CEP: 69.000-000

ATENDIMENTO  
**CAER**  
 0800 280 9520

Matrícula: 833320

Maio/2018

**Cliente:** INGRID DUARTE MOTA  
**Endereço do imóvel:** RUA JOSE ROBERTO FREITAS, 88472 - SENADOR H  
 ELIO CAMPOS BOA VISTA RR 69016-562

**Inscrição:** 001.029.160.0120.000 **Rota:** 19 **Sua Rota:** 94 **Economia:** 1

**Hidrometro:** 1000 MEDIDO **Data de instalação:** **Situação:** **Agua:** **Situação:** **Esgoto:**  
 ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NUN-DE-DIAS

**LEITURA FAT.** **LEITURA INF.** **DT. LEITURA**

ULTIMOS CONSUMOS		MÉDIA DE 12 MÊSES				
20/04	10-0	Linha de 12 meses				
20/03	10-0	Linha de 12 meses				
20/02	10-0	Linha de 12 meses				
20/01	10-0	Linha de 12 meses				
20/12	10-0	Linha de 12 meses				
20/11	10-0	Linha de 12 meses				
MÉDIA		Linha de 12 meses				

**DESCRIÇÃO** **CONSUMO** **TOTAL (R\$)**

RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	25,89
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 06/20		102,92
JUROS SOBRE PARCELAMENTO 11/2017		17,97
MULTA P/IMPONTIALIDADE 03/2018		2,46
DESCONTO ACRESCIMON 11/2017		21,29

**VENCIMENTO:** 15/06/2018 **TOTAL A PAGAR** 125,89

AVISO: EM 31/03/2018 CONSTA DEBITO SUJ. CORR. IGNORE CASO PAGO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



MATRÍCULA 833320 REFERÊNCIA 05/2018 VENCIMENTO 15/06/2018 TOTAL A PAGAR 125,89

826800000001-8 25890004001-9 00083332001-3 05201890003-6



Via do Cliente  
 Via do CAER



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

A Circular SUSEP 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	<u>R/ JOSE RENATO HADAD</u>		Número	Complemento
Bairro	<u>S. H. CAMPOS</u>	Cidade	<u>472</u>	
Email		<u>BOA VISTA</u>	Estado	CEP
			<u>RR</u>	
		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
			<u>(95) 991434631</u>	

BOA VISTA - RR de 06 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 João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

# BLOCO B

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1700710533	15/01/2017 01:50:03	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	3
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
FABIANE KELLY BATISTA DUARTE		25/09/1984	32 A 3 M 20 D	898003949086465	78812178200	
Tipo Doc	Documento	Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	241994	SESP/RR	10/01/2013	F	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mão		Pal	Naturalidade		BELEM - PA	
SILVANA BATISTA DUARTE		Flavio Costa Duarte		Contato	(95) 99111-8467	
Endereço		Ocupação				
RUA - VILA JARDIM - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR						
Class. do Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis. Prontuário	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Satur	Tipo do Atendimento	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	WESLLEN.ROCHA			
Queixa Principal						
Pol. Trauma	28 JUN 2018					
anamnese de Enfermagem						
	GENTE SEGURADORA S/A					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA -	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123458					
digitada. Não permitindo equipe trabalhar o						
Segurança. cd: sendo levamento para fazer						
med. das incisões.						
Do ex: estável no hemodinâmico						
Sot. re de abd - cianose						
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares						
<input type="checkbox"/> RAO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SOM	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS:
PRESCRIÇÃO						
Valdol (Im) 5mg						
Diazepam 5mg (eu)						
2 acesso cateteres.						
Matheus Molina						
MÉDICO						
CRM: N° 1880/RR						
SE 0,9% 500ml @ 6/6h						
6450% 40ml						
QUINONA						
Conduta						
<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 Reavalia	<input type="checkbox"/> Informação					
<input type="checkbox"/> Transferência para: BVCO	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			
Ingresso por: wesllen.rocha						
Data Hora: 15/01/2017 01:50:56						
SISTEMA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO						
1700710533						



**Desenho do Estado do Maranhão**  
**\*Ampliação 10x10 do Brasil**

UNIDADE / SETOR

**QUALITY**

**LEFT**

N° DE REGISTRO

**PRESCRIÇÃO DIÁRIA**

**NOME DO PACIENTE**

## PROFESSIONALS RESPONSIVENESS

Fobione Kelly B. J. D. D.  
 B. J. D. D.  
 B. J. D. D.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2018

**GENTE SEGURODORA S/A**

Page 10 of 10

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

**ОБЩЕВЪДЪЩО**

DATA / HOUR

**PRESCRIPTION**

21/50/25

Prescrição

ARE  
CON

**STND**

## HORÁRIJ

12100 VA 100 55

7

④ T. l. v. 2014 - 2015 (E) 12/12/2

⑧ ⑨

100

January 50-51 (E) 2/18

08-16-2008

$$17 = 120 +$$

negative only. All my (F<sub>2</sub>) are 100%

10/15/20	10/15/20
----------	----------

—

Diamonds

187 (108) (134)

11/27/2017

Col. 1000 - 2500

monition

1044

8

Neodiplosis

FC 9/6

[illegible]

2978 11/7

Intergroup of 2 plates D 600/1

Good Luck

FC 84



15/01/17

OK OK

UNIDADE/SETOR:

GT / VERDE

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA/HORA:

15/01/17

PRESCRIÇÃO:

HORÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

OBSERVAÇÕES:

1) Dor no abdômen

2) S.F. 0.04. 100 ml a. 817h  
S.G. 5.2. 100 ml a. 818h. e 100 ml a. 819h.

3) Colheite: 1 g. em. 616h. 1 tubo Colheite 1 g. em. 616h.

4) Demora com 203 em. 1216h

5) Demora com 203 em. 817h.

6) Demora com 203 em. 1416h

7) Demora com 413 em. 817h

8) Colheite abdo

9) Demora

10) Demora para 100 ml a. 817h

Demora para 100 ml a. 817h

Demora para 100 ml a. 817h

Demora para 100 ml a. 817h

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CORTEJO NA OVA VENEZUELA  
GENTE SEGURADORA S/A  
Cidade de Manaus, 15 de Janeiro de 2017  
Assinatura: [Assinatura]



Estado da Bahia  
Secretaria de Saúde  
Secretaria de Saúde

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR

QUARTO

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Celso Nilo Bezerra, 414 - Boa Vista - RJ

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

SNIPETID

1404/17

1) Dada banho / Escova (V)

2) SF 0,9 x 1500mg (EV) 8/8

3) Clazopine 1 (EV) 8/8

4) Tilmul 500mg (EV) 8/8

5) Hidrocortisona 400mg (EV) 8/8

6) Omeprazol 20mg (EV) 1x/1

7) Cimetidina 300mg

8) Dexamet 4 (EV) 8/8

9) Transderm B Dose 40 "semir para lavar  
membros de higiene e deos

Relatório

PA 134x58

PA 100x60

PA 100x60

PA: 125/89

Re: 82x



Realização Coleta de Exames  
Laboratório de Patologia  
Em: 20/04/11  
Hora: 4:00  
Ass: Jéssica Brilhante

UNIDADE/SETOR:	QUARTO: 204	LEITO: 03	Nº REGISTRO
NOME DO PACIENTE: Fabiana Kelly Batista Dunder			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: G <sup>ne</sup>			
DATA/HORA:	19/02/17	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
		(1) Dose 1g/500ml (V.O) 500ml	HORARIO: 14:30-16:00
		(2) SF 0,9% 500ml (V.O) 500ml	OBSERVAÇÕES:
		(3) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:30-14:00
		(4) Tachimar 100mg (V.O) 100mg	16:00-18:00
		(5) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	18:00-20:00
		(6) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(7) Colerosina 30mg (V.O) 30mg	22:00-24:00
		(8) Bexclor e paracetamol 0,12%	24:00-02:00
		(9) Clonazepam 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(10) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(11) SF 0,9% 500ml (V.O) 500ml	06:00-08:00
		(12) Clonazepam 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(13) Dipirona 1g (V.O) 1g	10:00-12:00
		(14) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	12:00-14:00
		(15) Tachimar 100mg (V.O) 100mg	14:00-16:00
		(16) Clonazepam 1g (V.O) 1g	16:00-18:00
		(17) Dipirona 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(18) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	20:00-22:00
		(19) Clonazepam 1g (V.O) 1g	22:00-24:00
		(20) Dipirona 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(21) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	02:00-04:00
		(22) Clonazepam 1g (V.O) 1g	04:00-06:00
		(23) Dipirona 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(24) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	08:00-10:00
		(25) Tachimar 100mg (V.O) 100mg	10:00-12:00
		(26) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(27) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(28) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(29) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(30) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(31) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(32) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(33) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(34) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(35) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(36) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(37) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(38) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(39) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(40) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(41) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(42) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(43) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(44) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(45) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(46) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(47) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(48) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(49) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(50) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(51) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(52) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(53) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(54) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(55) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(56) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(57) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(58) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(59) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(60) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(61) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(62) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(63) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(64) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(65) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(66) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(67) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(68) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(69) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(70) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(71) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(72) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(73) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(74) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(75) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(76) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(77) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(78) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(79) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(80) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(81) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(82) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(83) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(84) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(85) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(86) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(87) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(88) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(89) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(90) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(91) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(92) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(93) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(94) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(95) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(96) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(97) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(98) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(99) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(100) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(101) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(102) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(103) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(104) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(105) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(106) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(107) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(108) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(109) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(110) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(111) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(112) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(113) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(114) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(115) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(116) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(117) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(118) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(119) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(120) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(121) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(122) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(123) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(124) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(125) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(126) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(127) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(128) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(129) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(130) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(131) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(132) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(133) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(134) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(135) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(136) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(137) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(138) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(139) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(140) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(141) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(142) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(143) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(144) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(145) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(146) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(147) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(148) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(149) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(150) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(151) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(152) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(153) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(154) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(155) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(156) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(157) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(158) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(159) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(160) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(161) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(162) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(163) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(164) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(165) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(166) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(167) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(168) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(169) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(170) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(171) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(172) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(173) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(174) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(175) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(176) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(177) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(178) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(179) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(180) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(181) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(182) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(183) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(184) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(185) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(186) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(187) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(188) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(189) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(190) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(191) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(192) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(193) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(194) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(195) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(196) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(197) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(198) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(199) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(200) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(201) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(202) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(203) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(204) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(205) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(206) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(207) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(208) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(209) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(210) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(211) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(212) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(213) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(214) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(215) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(216) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(217) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(218) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(219) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(220) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(221) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(222) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(223) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(224) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(225) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00
		(226) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	04:00-06:00
		(227) Clonazepam 1g (V.O) 1g	06:00-08:00
		(228) Dipirona 1g (V.O) 1g	08:00-10:00
		(229) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	10:00-12:00
		(230) Clonazepam 1g (V.O) 1g	12:00-14:00
		(231) Dipirona 1g (V.O) 1g	14:00-16:00
		(232) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	16:00-18:00
		(233) Clonazepam 1g (V.O) 1g	18:00-20:00
		(234) Dipirona 1g (V.O) 1g	20:00-22:00
		(235) Ondansetrona 4mg (V.O) 4mg	22:00-24:00
		(236) Clonazepam 1g (V.O) 1g	24:00-02:00
		(237) Dipirona 1g (V.O) 1g	02:00-04:00



SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



PRÉ-OP:

ALERGIA: ☐ NÃO ☐ SIM:

NOME	LEITO	DATA
Tibiana Leidy. Dutra	204-03	20/01/12
1 Dieta zero sólidos 22h	5Nº	HD
2 SF 0,9% 500ml + GH 50% 40ml EV 6/6h a partir das 22h	22-08	
3 Dipirone 1g EV de 6/6h SN	22	
4 Metoclopramida 10 mg EV 8/8h SN OU Ondansetrona 4g EV de 8/8h SN	SN	
5 Omeprazol 40mg EV 1x/dia	06 NTE	
6 Aterir PA 1h antes da cirurgia	06 NTE	
7 Captopril 25mg VO se PAS > 160mmHg e ou PAD > 110mmHg	06 NTE	
8 Dextro de 6/6h	SN	
9 Cateter 16 gr 6/6h	11-12	
10 Insulina 200 UI 12/12h	12-10	
11		
12		
13		
14		
17		

HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
PA	130x80	110x80		120x70	< 70	Glicose 50% 40 ml EV	11:00	130	
FC	88	88		79	< 200	0 UI - SC	17:00	135	
TEMPERATURA	36,8	36,5		36	201-250	02 UI - SC	22:00	80	
FR					251-300	04 UI - SC	06:00	80	
DIURESE					301-350	06 UI - SC			
EVACUAÇÃO					351-400	08 UI - SC			
CLIVATVO					> 400	10 UI - SC			
						CHAMAR PLANTONISTA			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

GENTE-SEGURADORA S/A  
Av. Cristiano João Bezerra, 481 - Boa Vista, 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 / gabelas 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 - OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brigadairo Eduardo Gomes s/n.º / Bairro Novo - Planalto  
Cep.: 69360-000 Boa Vista-RR  
Tel: (93) 2121-0655



24

**GENTE SEGURODORA S/A**  
Rua, Capão da Imbuizinha, 444 - Bom Fim - RS



உள்ளுயர்வு இலாபம் இல்லை

**PRESCRIÇÃO DIÁRIA**

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS	<div style="float: right;"> <b>Realizado Coleta de Exames Laboratoriais de Rotina</b>            Data: 24/06/2018            Hora: 03:30            Ass: Cordeiro         </div>		
CITA / HORA	PREScrição	ÁREA DE SINISTROS - OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
23/06/17	(1) Nide gel	28 JUN 2018	GENTE SEGURADORA S/A Cidade São Paulo, 454 - Rua Vitorino
	(2) SF 0978 sonar (W) choral	5	HORÁRIO
	(3) Gelfone 1G (B) 06/06/17	SNP	OBSERVAÇÃO
	(4) Teraxen 20g (B) 12/17	18-24.08.12	
	(5) Difenidramina 1mg (B) 06/06/17	20.08	
	(6) Soluto nova Kingma	18-24.08.12	
	(7) C.C.	colher	
		Rodina	
			Dificuldade em funcionar o sistema de laboratório.

19-06-2017	119 x 91
20-06-2017	
21-06-2017	
22-06-2017	
23-06-2017	

UNIDADE/SETOR:	QUARTO: 204	LEITO: 03	Nº REGISTRO
NOME DO PACIENTE: Fabiana Kelly Saldaña Duarte			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: B. [assinatura]			
DATA/HORA:	23/06/17	PRESCRIÇÃO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
<p>ÁREA DE ENFERMAGEM - PRIVAT</p> <p>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>20 JUN 2016</p> <p>GENTE SEGURADORA S/A</p> <p>Av. Getúlio Vargas, 204 - Boa Vista - RR</p>		<p>SAÚDE HORÁRIO: 14:00 - 06:00</p> <p>OBSERVAÇÕES:</p>	
<p>1) Dado ZERO</p> <p>2) SF 0,5% 250 mg (EV) 8/8x</p> <p>3) SG 5% 250 mg (EV) 8/8x</p> <p>4) Cefazolina 1g (EV) 8/8x</p> <p>5) Difenidramina 1g (EV) 6/6x</p> <p>6) Lactulose 100g (EV) 8/8x</p> <p>7) Clonazepam 0,5mg (EV) 8/8x</p> <p>8) Omeprazol 20mg (EV) 1x/dia</p> <p>9) Sulfato de Cloreto 20mg (EV) 1x/dia</p>		<p>14:00 22 0,6</p> <p>16:00 16 0,4</p> <p>18:00 18 0,6</p> <p>20:00 20 0,6</p> <p>22:00 22 0,6</p> <p>06:00 06</p> <p>ROTINA</p>	

**PRESCRIÇÃO DIÁRIA**

**Nº REGISTRO**

*[Handwritten signature]*

### PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

**GENTE SEGURADORA S/A**  
R. Capão São Benedito, 424 - Boa Vista - RJ

**RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:**

**OBSERVAÇÕES:**

06-18	27.08
05-18	29.08
03-18	29.08
0071NN	

13h: Pd Seg, consumo rotativo  
no leito. 14h: Seg, questões

representative and ensure,  
Societal and Environmental  
Challenges Solved -

Time	T	P	R	FX
12:00	368	66		
13:00				132284
14:00				
15:00				

25 JUN 2012

UNIDADE/SETOR:

QUARTO:

204

LEITO:

03

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

Fabiana Kelly Batista

GENÉTIKA

GENÉTIKA

GENÉTIKA

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

B. Nascimento

DATA/HORA:

25/06/12

PRESCRIÇÃO:

- (1) Dose Padua (V)
- (2) SE 0,1% 500 (V)
- (3) Dose Padua (V)
- (4) Dose Padua (V)
- (5) SE 0,1% 500 (V)
- (6) Dose Padua (V)

PRESCRIÇÃO:

- (1) Dose Padua (V)
- (2) SE 0,1% 500 (V)
- (3) Dose Padua (V)
- (4) Dose Padua (V)
- (5) SE 0,1% 500 (V)
- (6) Dose Padua (V)

HORÁRIO:

- (1) Dose Padua (V)
- (2) SE 0,1% 500 (V)
- (3) Dose Padua (V)
- (4) Dose Padua (V)
- (5) SE 0,1% 500 (V)
- (6) Dose Padua (V)

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

- (1) Dose Padua (V)
- (2) SE 0,1% 500 (V)
- (3) Dose Padua (V)
- (4) Dose Padua (V)
- (5) SE 0,1% 500 (V)
- (6) Dose Padua (V)

OBSERVAÇÕES:

- (1) Dose Padua (V)
- (2) SE 0,1% 500 (V)
- (3) Dose Padua (V)
- (4) Dose Padua (V)
- (5) SE 0,1% 500 (V)
- (6) Dose Padua (V)

(3) L. 1000000 1000000 / EV  
 570,000 1000000 / 5/04 EV

24/05

CONFIRMAR  
 CONFIRMAR  
 CONFIRMAR

12:00h - Paciente em  
 repouso no leito, com  
 febre, eritema, in-  
 tensa, chibul quiver  
 na de dox and a medi-  
 cada C.P.N. segue  
 aos cuidados da  
 enfermagem.  
 Dr. Gaudencio

Hora

12:00

18:00

24:00

06:00

PA





UNIDADE/SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO
Nome do Paciente: <u>Feliana Kelly Batista Duarte</u>	<u>204</u>	<u>03</u>	<u>138 X 98</u>
Profissionais Responsáveis: <u>D. Mano Mano</u>			<u>34 X 63</u>
DATA/HORA:	PRESCRIÇÃO:	HORÁRIO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
<u>26/04/17</u>	<u>1) 200ml - 250ml</u> <u>2) SF 0,9% 250 - 500 (EV) 8/18h</u> <u>3) SF 0,9% 250 - 500 (EV) 6/6h</u> <u>4) Colostomia - 1a (EV) 6/6h</u> <u>5) 200ml - 1000 (EV) 10/10h (SF 0,9%) 8/18h</u> <u>6) 200ml - 1000 (EV) 8/18h 5N</u> <u>7) SSN e CCAG</u>	<u>17-22 06</u> <u>18-28 24 06</u> <u>19-28 24 06</u> <u>20-28 24 06</u> <u>21-28 24 06</u> <u>22-28 24 06</u> <u>23-28 24 06</u> <u>24-28 24 06</u> <u>25-28 24 06</u> <u>26-28 24 06</u> <u>27-28 24 06</u> <u>28-28 24 06</u> <u>29-28 24 06</u> <u>30-28 24 06</u> <u>31-28 24 06</u> <u>01-28 24 06</u> <u>02-28 24 06</u> <u>03-28 24 06</u> <u>04-28 24 06</u> <u>05-28 24 06</u> <u>06-28 24 06</u> <u>07-28 24 06</u> <u>08-28 24 06</u> <u>09-28 24 06</u> <u>10-28 24 06</u> <u>11-28 24 06</u> <u>12-28 24 06</u> <u>13-28 24 06</u> <u>14-28 24 06</u> <u>15-28 24 06</u> <u>16-28 24 06</u> <u>17-28 24 06</u> <u>18-28 24 06</u> <u>19-28 24 06</u> <u>20-28 24 06</u> <u>21-28 24 06</u> <u>22-28 24 06</u> <u>23-28 24 06</u> <u>24-28 24 06</u> <u>25-28 24 06</u> <u>26-28 24 06</u> <u>27-28 24 06</u> <u>28-28 24 06</u> <u>29-28 24 06</u> <u>30-28 24 06</u> <u>31-28 24 06</u> <u>01-28 24 06</u> <u>02-28 24 06</u> <u>03-28 24 06</u> <u>04-28 24 06</u> <u>05-28 24 06</u> <u>06-28 24 06</u> <u>07-28 24 06</u> <u>08-28 24 06</u> <u>09-28 24 06</u> <u>10-28 24 06</u> <u>11-28 24 06</u> <u>12-28 24 06</u> <u>13-28 24 06</u> <u>14-28 24 06</u> <u>15-28 24 06</u> <u>16-28 24 06</u> <u>17-28 24 06</u> <u>18-28 24 06</u> <u>19-28 24 06</u> <u>20-28 24 06</u> <u>21-28 24 06</u> <u>22-28 24 06</u> <u>23-28 24 06</u> <u>24-28 24 06</u> <u>25-28 24 06</u> <u>26-28 24 06</u> <u>27-28 24 06</u> <u>28-28 24 06</u> <u>29-28 24 06</u> <u>30-28 24 06</u> <u>31-28 24 06</u> <u>01-28 24 06</u> <u>02-28 24 06</u> <u>03-28 24 06</u> <u>04-28 24 06</u> <u>05-28 24 06</u> <u>06-28 24 06</u> <u>07-28 24 06</u> <u>08-28 24 06</u> <u>09-28 24 06</u> <u>10-28 24 06</u> <u>11-28 24 06</u> <u>12-28 24 06</u> <u>13-28 24 06</u> <u>14-28 24 06</u> <u>15-28 24 06</u> <u>16-28 24 06</u> <u>17-28 24 06</u> <u>18-28 24 06</u> <u>19-28 24 06</u> <u>20-28 24 06</u> <u>21-28 24 06</u> <u>22-28 24 06</u> <u>23-28 24 06</u> <u>24-28 24 06</u> <u>25-28 24 06</u> <u>26-28 24 06</u> <u>27-28 24 06</u> <u>28-28 24 06</u> <u>29-28 24 06</u> <u>30-28 24 06</u> <u>31-28 24 06</u> <u>01-28 24 06</u> <u>02-28 24 06</u> <u>03-28 24 06</u> <u>04-28 24 06</u> <u>05-28 24 06</u> <u>06-28 24 06</u> <u>07-28 24 06</u> <u>08-28 24 06</u> <u>09-28 24 06</u> <u>10-28 24 06</u> <u>11-28 24 06</u> <u>12-28 24 06</u> <u>13-28 24 06</u> <u>14-28 24 06</u> <u>15-28 24 06</u> <u>16-28 24 06</u> <u>17-28 24 06</u> <u>18-28 24 06</u> <u>19-28 24 06</u> <u>20-28 24 06</u> <u>21-28 24 06</u> <u>22-28 24 06</u> <u>23-28 24 06</u> <u>24-28 24 06</u> <u>25-28 24 06</u> <u>26-28 24 06</u> <u>27-28 24 06</u> <u>28-28 24 06</u> <u>29-28 24 06</u> <u>30-28 24 06</u> <u>31-28 24 06</u> <u>01-28 24 06</u> <u>02-28 24 06</u> <u>03-28 24 06</u> <u>04-28 24 06</u> <u>05-28 24 06</u> <u>06-28 24 06</u> <u>07-28 24 06</u> <u>08-28 24 06</u> <u>09-28 24 06</u> <u>10-28 24 06</u> <u>11-28 24 06</u> <u>12-28 24 06</u> <u>13-28 24 06</u> <u>14-28 24 06</u> <u>15-28 24 06</u> <u>16-28 24 06</u> <u>17-28 24 06</u> <u>18-28 24 06</u> <u>19-28 24 06</u> <u>20-28 24 06</u> <u>21-28 24 06</u> <u>22-28 24 06</u> <u>23-28 24 06</u> <u>24-28 24 06</u> <u>25-28 24 06</u> <u>26-28 24 06</u> <u>27-28 24 06</u> <u>28-28 24 06</u> <u>29-28 24 06</u> <u>30-28 24 06</u> <u>31-28 24 06</u> <u>01-28 24 06</u> <u>02-28 24 06</u> <u>03-28 24 06</u> <u>04-28 24 06</u> <u>05-28 24 06</u> <u>06-28 24 06</u> <u>07-28 24 06</u> <u>08-28 24 06</u> <u>09-28 24 06</u> <u>10-28 24 06</u> <u>11-28 24 06</u> <u>12-28 24 06</u> <u>13-28 24 06</u> <u>14-28 24 06</u> <u>15-28 24 06</u> <u>16-28 24 06</u> <u>17-28 24 06</u> <u>18-28 24 06</u> <u>19-28 24 06</u> <u>20-28 24 06</u> <u>21-28 24 06</u> <u>22-</u>	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

**GENTE SEGURADORA S/A**  
Av. Capão João Bezerra, 444 - Bosques - RJ

## Receituário

NONE:

Relatório Mensal

O paciente, Fabiano Kelly Brito Neto,  
 Urban de cuclat de moto (15/01/2017).  
 Com trauma direto em/elo el/interior (ad)  
 e perda de 2 dentes (anexo após fratura el/).  
 Evolu el/deformacao en/protente Parte  
 imocineto C/curva extendido sendo 1<sup>a</sup>  
 C/curva no angulo inferior da mandibula e a  
 30 dias mais tarde em regio fronto-parietal (D);  
 angulo el/plexo e fratura.  
 C/curva el/der local com fratura  
 avulsa: C/curva C/curva regio superior (D) el/plexo  
 deformacao regio exterior (D)  
 O/D: Saquele de Fratura de Zigomax (D) e (E) e  
 Saquele de Fratura de mandibula comiada deformacao  
 de orbita (D) e de cuclat (D);  
 recente el/deformacao, necessarios en/estruturas  
 ortomaxilarias.

DATA: 9501 208

Отношения

ASSINATURA E CARIMBO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - ODILIO CRUZ

ASSISTENTE DE IDENTIFICAÇÃO

CARTERA DE IDENTIDADE

*Fabiane Kelly Batista Duarte*

Polegar Direito



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Celso Julio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 241994

NOME  
**FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**

DATA DE EXPEDIÇÃO 11/05/2018

FILIAÇÃO  
FLAVIO COSTA DUARTE  
SILVANA BATISTA DUARTE

NATURALIDADE  
BELEM - PA

EGC ORDEM

CERTD NASC 11023 FLS ILEGT LIV 13

DATA DE NASCIMENTO  
**25/09/1984**

788.121.782-00

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Ponto Particularizado do Projeto CND  
Chefe do RUC

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR