



Para contato  
conosco informe  
este número

SEU CÓDIGO  
0108915-3

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.037.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: 003319917  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi instituída pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILOIR INACIO DE SOUZA  
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS  
CPF: 00038305151204  
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	27732	Atual	25/07/2019
Anterior	27536	Anterior	24/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura	25/08/2019
Consumo Medido:	196	Emissão:	24/07/2019
Consumo Faturado:	196	Apresentação:	25/07/2019
NORMAL		31	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fiel
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2
				Média 12 meses
				238

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo Consumo	
JUN/19	158
MAI/19	100
ABR/19	178
MAR/19	263
FEV/19	237
JAN/19	231
DEZ/18	209
NOV/18	370
OUT/18	345
SET/18	246

TEMPERATURA MENSAL:  
04/19 - 0,634620

CONSUMO 196 A R\$ 0,764602 = 149,86  
ILUMINACAO PUBLICA 42,55

### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 06/2019 164,28  
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/08/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavizadas no valor de R\$ 212,94 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9E73.38C8.904F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	38,51	Base de Cálculo:	149,86
Energia:	81,64	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	25,47
Encargos:	4,24	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	25,47	Valor do COFINS:	0,00

### INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99  
8,80 16,00 1,55

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021718

05/2019

32,81



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.037.022-3

SEU CÓDIGO  
0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$  
192,41

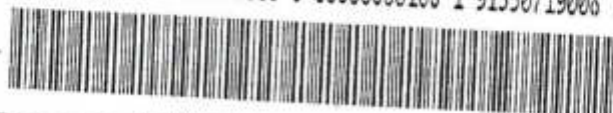
MES FATURADO  
07/2019

VENCIMENTO  
11/08/2019

Nº da Nota Fiscal:

003319917 FCAM

83680000001 7 924100/5000 0 00000000108 1 91530/19008 1



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Imacio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ana Maria da Silva Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.846.502 / 82

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Ana Maria da Silva Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.846.502 / 82, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número: <u>4832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail: <u>joaoimacio@hotmail.com</u>		Tel.(DDD): <u>(95) 99154-4282</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR, 31/10/19

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante





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

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass

|Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass

|Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

1901129254		29/06/2019 08:58:23		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		5	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA				15/12/1967		51 A 6 M 14 D		706807775318925			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		65846		SSP/RR		24/01/1991		F		NAO INFORMADO	
Mãe				Francisca Vitorina da Silva		Endereço		RUA - CASSIMIRO JOSE DA SILVA - 384 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR			
Class. de Risco				Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
				SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento				Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO				URGÊNCIA							
Setor				Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:			
GRANDE TRAUMA				SAMU CAPITAL				LEILSON.SOUSA			
Queixa Principal											
Anamnese de Enfermagem											
										GSC	
										TOTAL	
										AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
VITIMA DO ACIDENTE DE MOTO, TRAZIDA PELA SAMU COM IMOBILIZAÇÃO BRANCO-PALMA A DIREITA											
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
FRATURA DE ÚMERO?											
SADT - Exames Complementares											
(X) RAIO-X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:											
PRESCRIÇÃO											
APRAZAMENTO											
OBSERVAÇÃO											
Conduta											
( ) Alta por Decisão Médica											
( ) Alta a Pedido											
( ) Alta a Revelia											
(X) Transferência para: ORTOPEDIA											
( ) Ambulatório											
( ) Observação (Até 24h)											
( ) Internação											
Data e Hora da Saída/Alta: / /											
óbito											
Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Impresso por: leilson.sousa											
Data Hora: 29/06/2019 09:00:31											
Dr. Fernando André de Almeida Pereira											
Otorrinolaringologista											
CRM-RR 1543											
1901129254											





FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1186

EQUIPE SAMU BV  
BRAVO I

EQUIPE: Cond: R. diel Tec: S. D. M. R. S.

Paciente: Ana Neris da Silva oliveira Idade: 51 Sexo: F

Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia

Endereço: Rua Horacio mandel c/ Armando. Bairro: Ana Branca

Nº 10.845 DATA 29/06/19 HORA J/9: 08:28 BASE ( ) VIA ( ) ( ) RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): ENICO HORA J/10: 08:20 ( ) CELULAR

MOTIVO INICIAL: moto x carro.

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( ) 1 a 3 horas [X] 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )

## TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒ Acidente de trânsito  
☐ Agressão física / espancamento  
☐ Agressão física - FAF  
☐ Agressão física - FAB  
☐ Urgência psiquiátrica  
☐ Tentativa de suicídio  
☐ Envenenamento  
☐ Afogamento  
☐ Queimadura  
☐ Choque elétrico  
☐ Queda  
☐ Urgência clínica  
☐ Urgência obstétrica  
☐ Transferência  
☐ Exame complementar  
☐ Outros

## ACIDENTE DE TRÂNSITO

VITIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança

## AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AV. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpneia <input type="checkbox"/> Taquipnéia E	<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Tequicárdico <input type="checkbox"/> Extremidade N	<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [ ] D [ ] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 8:35	—	88	16	98				15
Fim 8:52	—	87	16	99				

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros	4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta 5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta

## AVALIAÇÃO CARDÍACA

## AFECÇÃO CLÍNICA

## HISTÓRIA PEGRESSA

<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input checked="" type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros
--	--	--	--	---

GRAVIDADE COMPROVADA [ ] Ileso [ ] Pequena Média [ ] Severa [ ] Óbito

01 NOV. 2019

Assinatura: [Assinatura] Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-RV  
CONFERE COM  
ORIGINAL



Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 01: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 02: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

GESTANTE			
Idade Gestacional: _____	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva	
Perda de líquido: _____	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante	
BCF: _____	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: _____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: _____ L/min	<input type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: _____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Dipirona	1g	EV	
tilatil	40mg	EV	

#### OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Pct traumatizada foi encontrada deambulando lúcida, orientada, normoventrada, com avaliação primária sem alteração na secundária apresenta provável fratura fechada de úmero @ realizado imobilização + analgesia com dipirona 1g + tilatil 40mg EV; pct conforme RM, pct encaminhado ao GT conforme RM e entregue com vida.

#### Materiais:

1 dipirona ampola

01 tala

1 tilatil 40mg

1 Seringa 20ml

1 agulha 25x7

1 equipo

1 SF 500ml

1 fleco 20

2 ataduras 15cm

1 " 30cm

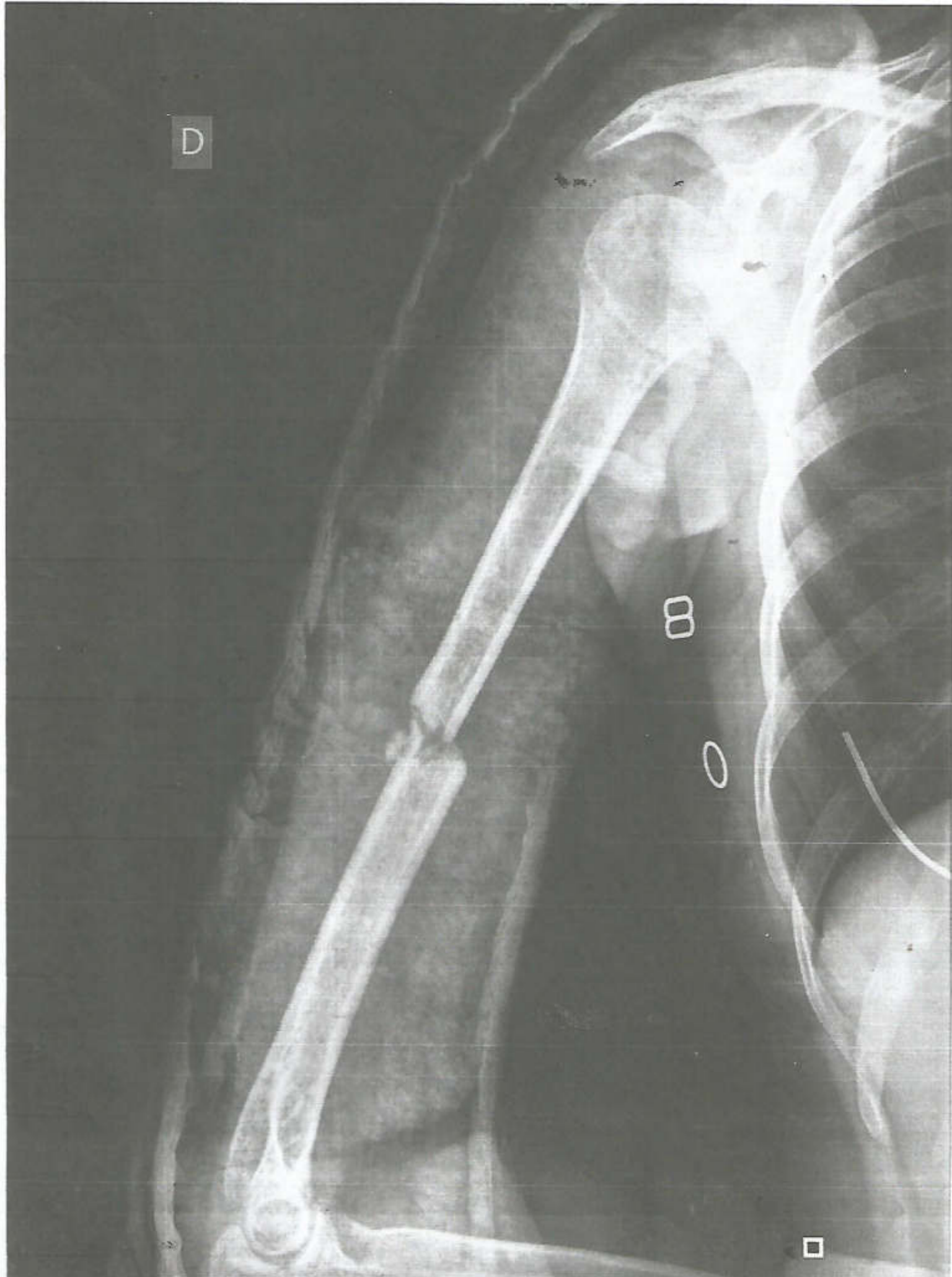
Obs: condutor do carro  
evadiu-se do local.

01 NOV. 2019

SAMU 192-BV  
CONFERE COM  
ORIGINAL  
Em 11/10/2019  
Assinatura

Tomires Leandro  
Assinatura e carimbo do profissional  
874.973-PR.

D



ANA NERES SILVA OLIVEIRA

11054

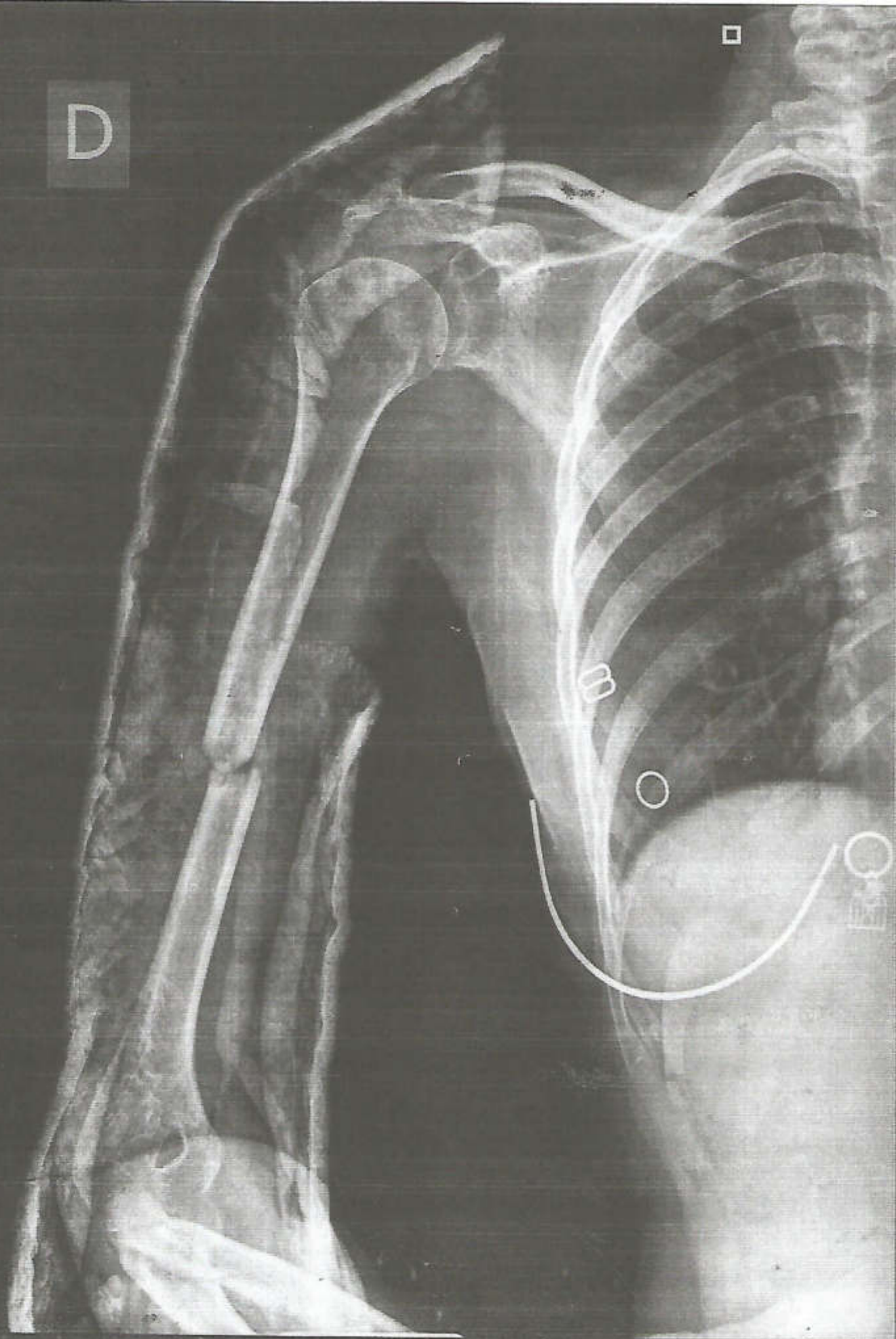
HOSPITAL CORONEL MOTA

27/09/2019

Cloudoaldo

72.0 %





ANA NERES SILVA OLIVEIRA

10271

HOSPITAL CORONEL MOTA

06/09/2019

Fabiola Castro

61,7 %

D



ANA NERES SILVA OLIVEIRA

9234

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/08/2019

Fabiola Castro

74,4 %



D



ANA NERES SILVA OLIVEIRA

9234

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/08/2019

Fabiola Castro

93,7 %

D

ANA NERIS DA SILVA

12862

HOSPITAL CORONEL MOTA

07/11/2019

Cit. de alco

90.7 x



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

19/01/2016

REGISTRO CIVIL 65846

DATA DE EXPIRAÇÃO

ANA MERIS DA SILVA OLIVEIRA

FILIAÇÃO

ANTONIO MESQUITA DE OLIVEIRA

FRANCISCA VITORINA DA SILVA

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DOE ORDEM

CERTID NASC 8894 FLS 227-V LIV A-08

BOA VISTA - RR

CPF

215.846.502-82

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

15/12/1967

AMADEU ROCHA TRIANI

Assinatura do titular

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Potegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ANA MERIS DA SILVA OLIVEIRA



01 NOV. 2019



14 JAN 2019

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

NOME  
ILDIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / CNRG. EMISSOR(A)  
114907 SSP RR

CPE  
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO  
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
2.B

ACC  
2.B

CAI. HAB.  
2.B

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980151096

980151096

01101912304

28/01/2020

15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

92485240616  
RR207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190617620 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DO ÚMERO DIREITO. P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Não definido

**Documento/Motivo:** Documentação Médico Hospitalar

**Nome do documento faltante:** BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E FOLHAS CIRÚRGICAS, EM CASO DE CIRURGIA

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

### Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190617620 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO. P3(ANEXO)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Ana Nereis da Silva Oliveira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Do lar
IDENTIDADE:	65846
ENDEREÇO:	R. Casimiro J. da Silva - 384, Bairro Buita

OUTORGADO

NOME:	Gleison Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807
ENDEREÇO:	Rua: Antonio P. Galvão - 1832, Buita

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 29 / 06 / 2019 cobertura Invalidadez, vítima: Ana Nereis da Silva Oliveira.

01 NOV. 2019

Boa Vista 19-09-19

LOCAL E DATA



Ana Nereis da Silva Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**DANIEL AQUINO**  
 1435143083610037082  
 Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
 \*ANA NEREIS DA SILVA OLIVEIRA

Em testemunho da verdade, DBA  
 De que dou fé, Boa Vista RR, 19 de setembro de 2019.  
 Consulte o(s) selo(s) abaixo em: [portal.eletr.com.br](http://portal.eletr.com.br)  
 REC/FIR/1562956GOK8VBMU4043A37

Emolumentos: R\$ 2.45 Fundos ISS: R\$ 0.55 SELO: R\$ 1.50 Total: R\$ 4.50



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383573/19

**Vítima:** ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

**CPF:** 225.846.502-82

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/06/2019

**Titular do CPF:** ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA : 225.846.502-82

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/11/2019  
Nome: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA  
CPF: 225.846.502-82

ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383573/19

**Número do Sinistro:** 3190617620

**Vítima:** ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

**CPF:** 225.846.502-82

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/06/2019

**Titular do CPF:** ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/11/2019  
Nome: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA  
CPF: 225.846.502-82

ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO



---

**Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190617620**

**Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 29/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190617620**

**Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 29/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA**

Em razão da falta de apresentação do(a) BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E FOLHAS CIRÚRGICAS, EM CASO DE CIRURGIA, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 225.846.502-82 3 - CPF da vítima: 225.846.502-82 4 - Nome completo da vítima: Ana Maria da Silva Oliveira

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

5 - Nome completo: Ana Maria da Silva Oliveira 6 - CPF: 225.846.502-82  
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: Rua: Casemiro Jose da Silva 9 - Número: 384 10 - Complemento:  
11 - Bairro: São João Freite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-344  
15 - E-mail: alivora@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99154-4282

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 4131

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 1

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 19/09/2019

X Ana Maria da Silva Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01 NOV. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031460/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/09/2019 12:09 Data/Hora Fim: 19/09/2019 12:29  
Origem: Polícia Judiciária Data: 19/09/2019  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 29/06/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) -  
Logradouro: Armando Nogueira  
Complemento: Cruzamento

Bairro: Asa Branca

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: Praticar lesão corporal culposa - Aumento de Pena (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Sexo: Feminino	Nasc: 15/12/1967
Profissão: Do Lar		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Viúvo(a)			
Nome da Mãe: Francisca Vitorina da Silva		Nome do Pai: Antonio Mesquita de Oliveira	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 225.846.502-82  
RG - Carteira de Identidade: 65846

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Casemiro José da Silva  
Complemento: Casa  
Bairro: Dr. Silvio Leite  
Telefone: (95) 99145-9844 (Celular)

Nº: 384

01 NOV. 2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)
Nacionalidade: Brasileira

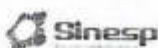
Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário, Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 19/09/2019 12:29  
Protocolo nº: Não disponível

Página: 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031460/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 025.888.492-45	Placa NUJ-4559
Renavam 00567206165	Número do Motor KC16E8E404931
Número do Chassi 9C2KC1680ER404931	Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município: Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Ana Neris da Silva Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que diz ser habilitada, mas não apresentou, afirmando ainda que a mesma está vencida, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo/pilotando a motocicleta também já devidamente descrita acima e que está em nome de DIOGO SULLIVAN DE OLIVEIRA PEREIRA. Que a motocicleta foi colidida na traseira por um veículo que saiu de uma rua (NÃO SABENDO INFORMAR O NOME), para transitar em seu mesmo sentido. Que o condutor do veículo não permaneceu no local exato, parou o veículo mais a frente e voltou a pés para ver se a comunicante estava viva, não fazendo nada e logo em seguida foi embora. Que a comunicante sofreu lesões corporais e foi resgatada pelo SAMU até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS	
 Jefferson Inacio Araujo Agente de Policia Civil Mat 042000908 Responsável pelo Atendimento	 Ana Neris da Silva Oliveira (Vítima / Comunicante / Envolvido)
19 SET 2019	AGENTE DE POLICIA CONFERIDOR

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) 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."

01 NOV. 2019

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

225.846.502-82

Ana Maria da Silva Oliveira

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Ana Maria da Silva Oliveira

225.846.502-82

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Do lar

Rua: Casemiro Jose da Silva

384

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Silva Ferte

Boa Vista

RR

69.314-344

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

oliveira@hotmail.com

(95) 99154-4282

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 1

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 4131

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 19/09/2019

X Ana Maria da Silva Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000007131-0

---

Nr. da Autenticação BE0634FB204FE989