

Not intended for official interpretation.

JOSIAHIE ROSA
HGR-3111515212

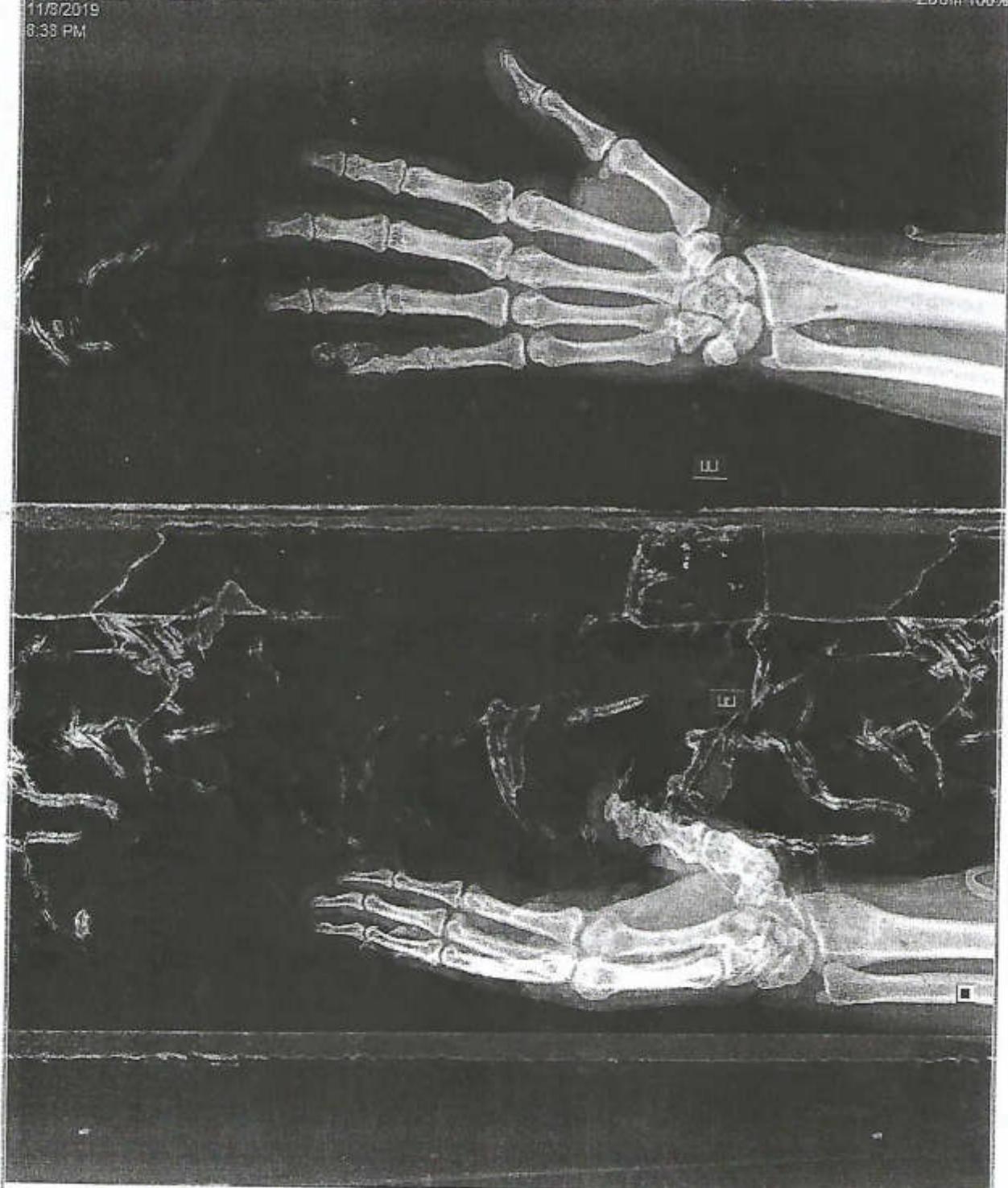
12

MAO

11/8/2019

8:33 PM

HOSP. GEPAL DE RORAIMA
Operador NKRAIOX/usuario
- kV, - mAs
Zoom: 100%



300 mm

L 128
W 255

13 FEV. 2020

Not intended for official interpretation.

JOSIANE ROSA

HGR-3111515212

L:

MAO

11/8/2019

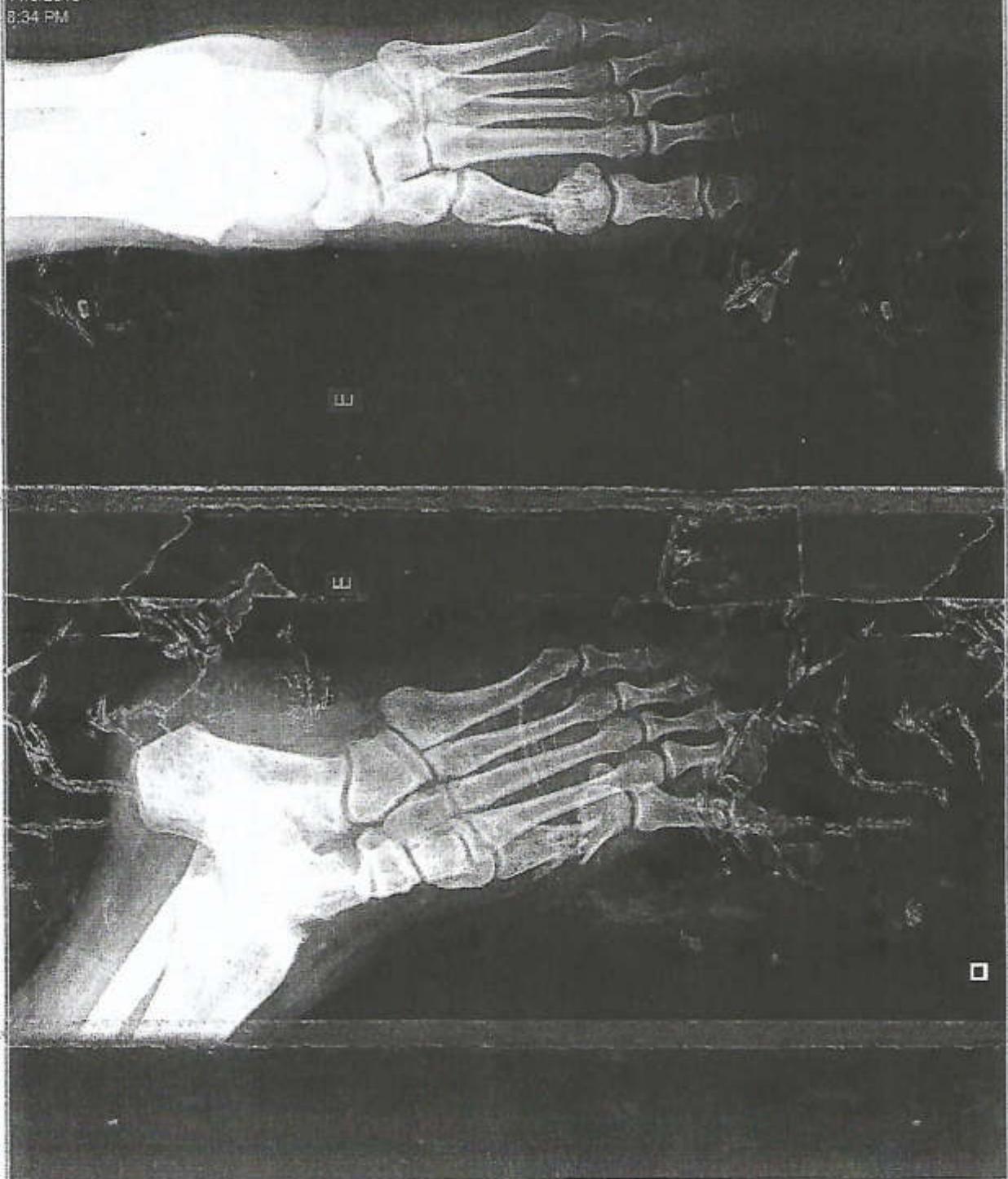
8:34 PM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operador NXRAIO/usuario

- KV, - mAs

Zoom 100%



500 mm

L 128

W 263

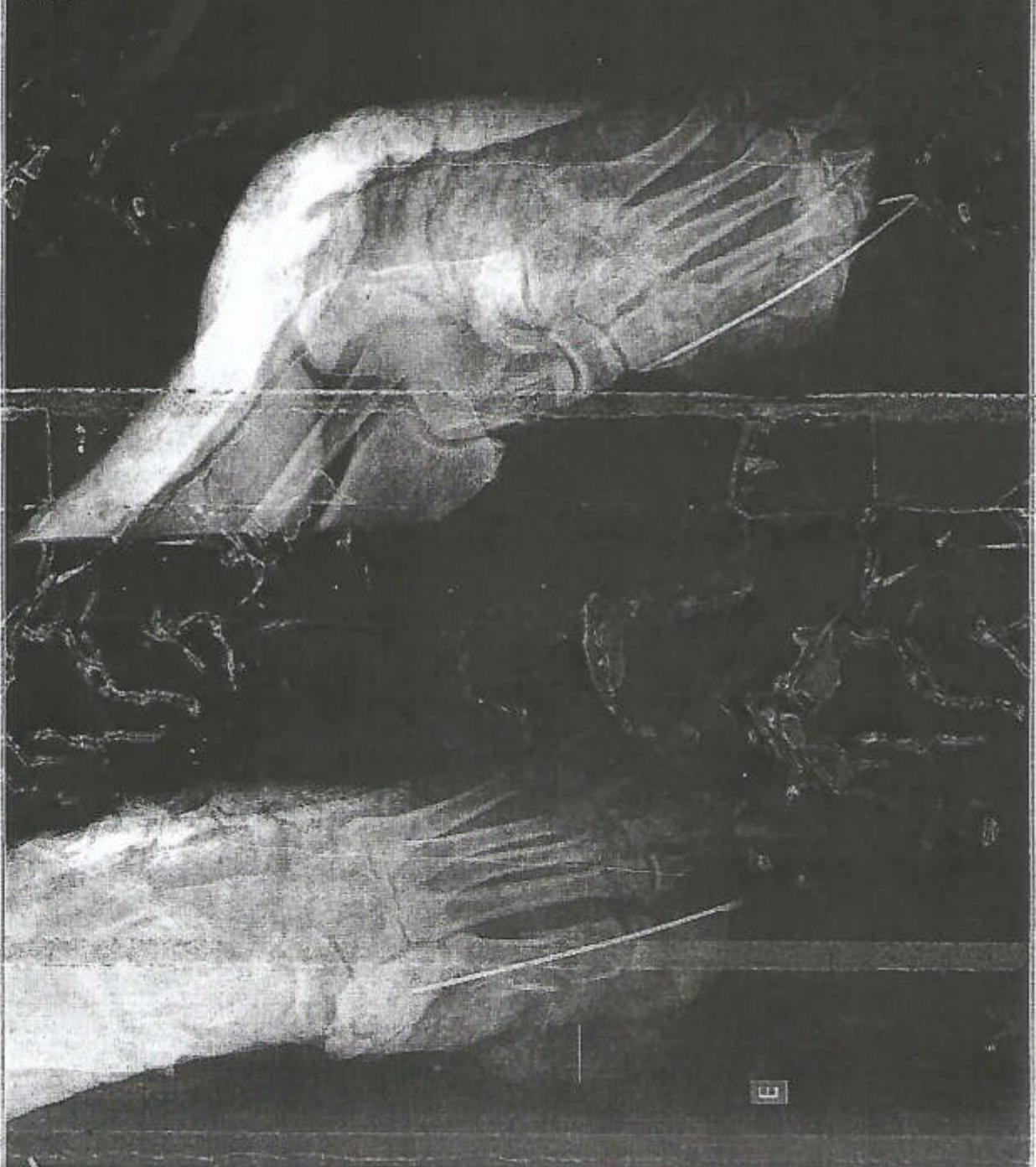
13 FEV. 2020

Not intended for official interpretation.

JOSIANE ROSA
BLOC. E 506-04

M&O
11/11/2019
10:42 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA
Operator NXRAIO/usuario
- kV, - mAs
Zoom 100%



300 mm

L 128
W 293

13 FEV. 2020

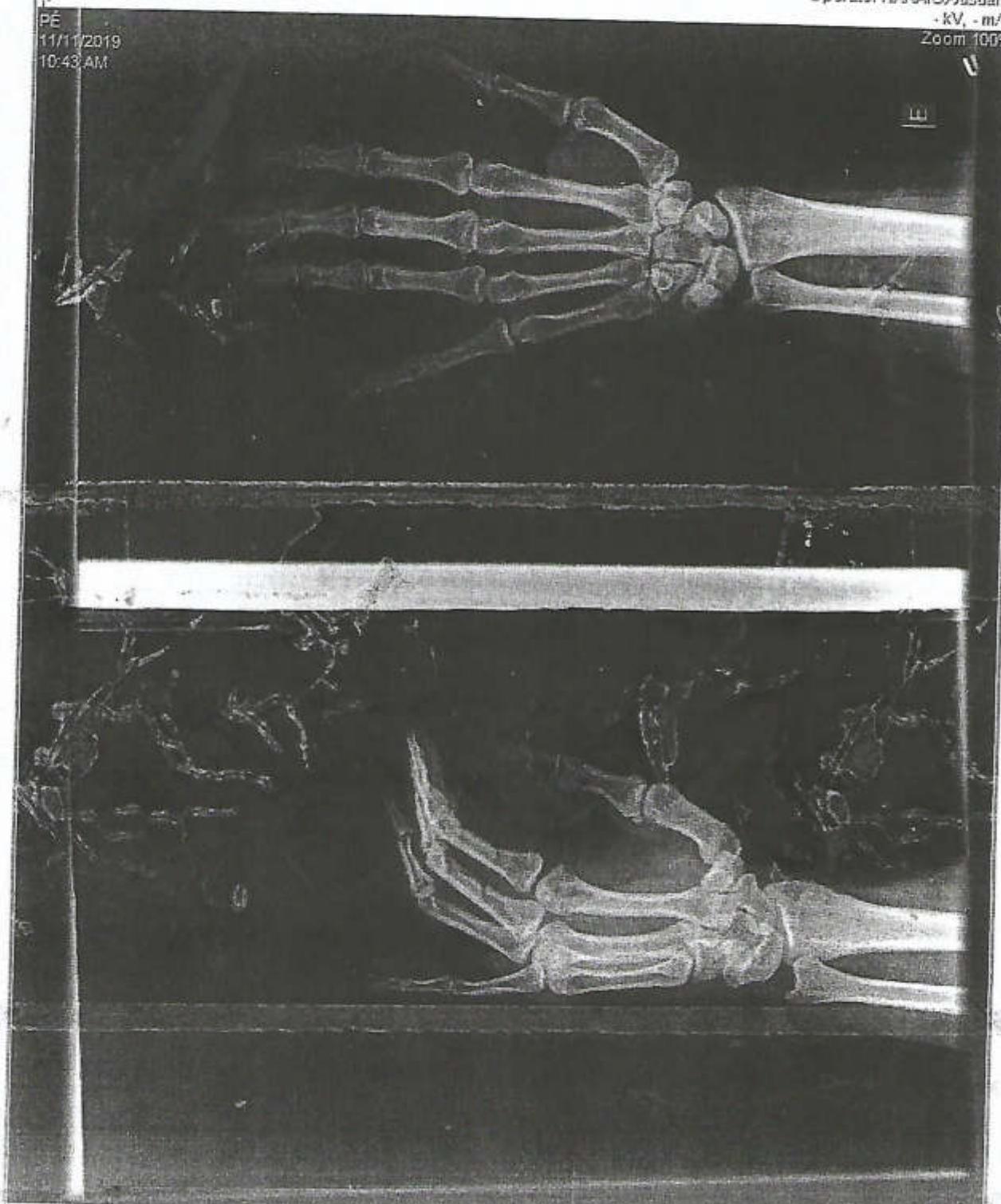
Not intended for official interpretation.

JOSIANE ROSA
BLOC. E 505-04

PÉ

11/11/2019
10:43 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA
Operador RX/RAIO/X/usuario
KV, - mAs
Zoom 100%



500 mm

L 128

W 263

13 FEV. 2020

J. Ortopedia 12º Parcial
Painel Vítima de polonius que acendeu
de mot
eff amputação do 5º dedo da mão (E)
lesão 1º MTR Pe (E)
Rx fratura 1º MTR Pe (E)
H.O. Fratura Engraxada 1º MTR Pe (E) +
Amputação humática 5º DEDO (E)

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR

to Conto Longos

SUS Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.E.R

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Josiane Rosas Belém

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

50239

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

202602284544148

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/12/85

9 - SEXO

Masc.

1

Fem.

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Manilda Gomes Rosas

11 - TELEFONE DE CONTATO

95991516977

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Florianoopolis 80 Nova Iguaçu

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Painel em fratura exposta c/ 1º m/pe (E)
+ imobilização hemicrânica c/ 5º fator crítico
dr m/pe (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Portanto longe

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Histórico + Exame Físico + Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CÓDIGOS ASSOCIADOS

fratura exposta 1º m/pe (E) + imobilização hemicrânica 3º Q202 (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervento longo fratura exposta 1º m/pe (E) + 5º Q202 m/pe

26 - CLÍNICA

27 - CRÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Paracat

08/11/19

Dr. Odilene Okemoto
Médico Residente
Pediatria e Traumatologia
1851025

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0408050462-5923
0408060425-5681

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

8/11/19

2020



BOLETIM OPERÁRIO

Data: 08/11/19 O.S. _____

Josiane Rosas Belém

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MENCIONES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIAO: Dr. Panacat

2º AUXILIAR: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESISTAS: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____

1º AUXILIAR: Dr. Odanachi R.

INSTRUMENTADORA: _____

ANESTESIA: _____

ANESTÉSICO: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Vitor Panacat Santiago
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-RR 1635
 RQE: 610

- (1) Preenche em D.O.H, sob anestesia
- (2) Aspira e Antissepsia
- (3) Colocacao de tampos esterilizados
- (4) Faragam mecanica exaustiva com 08L de soro fisiologico
- (5) Reducao manual + fixacao com fixador de Kirschner 1,5mm
- (6) Limpeza rachologica
- (7) Sutura da pele com curativos + imobilizacao para fissada
Observacao: Fratura multifragmentaria e comprometida a perfecao ossaria
- (8) Aspira e Antissepsia + lavagem fracionada 5º degrau
- (9) Faragam mecanica exaustiva com soro fisiologico ORT
- (10) Sutura d. degrau
- (11) Curativos
- (12) RPA

13 FEV. 2020

Dr. Odanachi Okemoto
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 1851/RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

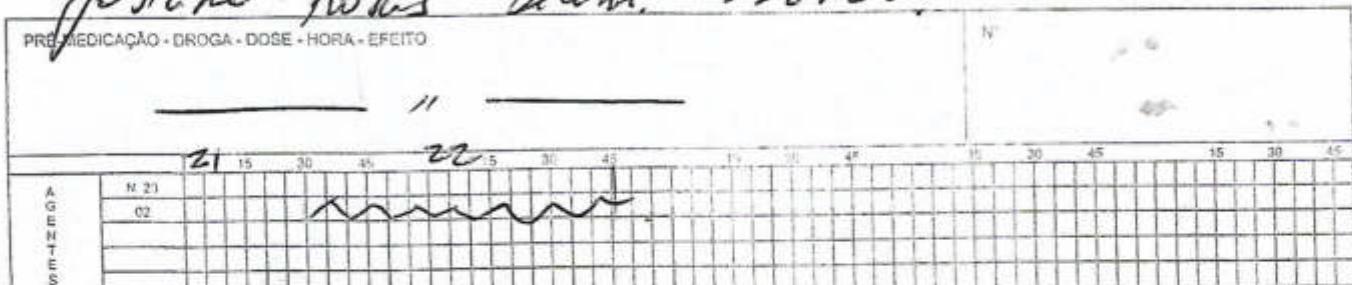
Governo do Estado de Roraima

Josane Rosas Belém - 33 anos.

- 25/11/29

~~PROMEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO~~

11



S20e1fc1ec61fa8ff



AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A		
B Supraventricular 20mg		Regional
C Cefazoxone 2g		Inj. lombar
D Gentamicina 0,40 g		
E Terezicon 40g		pare mod.
F		Sab vid
G		Hipo tona
GLICÓSE	LÍQUIDOS	Câmula - Núcleo - Giro Fármaco
NDCC		Mesa / Chirurgico - Câmara
SANGUE		Bal. Tensão - Calibre da Tubo
		DP Marca
		Desinfecção Tórica
		não haver
		TEMPO DE ANESTESIA
TOTAL		
OPERAÇÃO		Nefro exposito pé (E)
ANESTESIA	OPERAÇÃO	CHIRURGIA
Dr Adonias / Muraoka		Dr Pablo.

ANotações
 * Bloco bst. Ag. anest
 11 Aeropneu adj. la bon +
 grande subarco no id
 13. 44. gr. ke 266. 102 dm
 21 1-papo + 6 arco no id
 bnp. 75 J.
 21 elude 600g + geta 40
 41 Tuxilco 40 J

~~Relato exposto pô~~ (E)

Laringo - Espasmo - Excesso Seco
- Depressão Respiratória - Náuseas
- Coceira - Mictite

Ho sommato - Attilio
S. P. Reggiani - Croce

Bruno Thiago D. C. Pinto
MÉDICO
CRM-RR 1025

13 FEB. 2020



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS				
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: <i>Ortopedia</i>			Procedimento Realizado:
Nome do Paciente: <i>Josiane Rosângela Bilim</i>	IDADE:	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data <i>08/11/19</i>
Bloco:	Enfermaria: <i>Otolaringologia</i>	Leito:	Nº da Sala <i>02</i>	Circulante de Sala:
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:				

Dados dos materiais/Serviço

INSTRUMENTADÓR

MÉDICO CIRURGIANO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR·

1º VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º OPMF/CME

13 FEV. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Josiane Rosan Belim, 33^a</i>	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>08 / 11 / 19</i>		
TIPO <i>Int. Cirurg. de 1º mitotomia se E+ reparação 5º dedo mão E+</i>		CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO		
CIRURGIÃO <i>Dr. Pololo</i>		INÍCIO <i>21:56</i>	FIM <i>23:04</i>		
1º AUXILIAR <i>Dr. Odindaphi</i>	EQUIPE MÉDICA	TEMPO TOTAL			
2º AUXILIAR	ANESTESISTA: <i>Dr. Adonias</i>				
	RES. ANESTESIA: <i>Dr. Monica R.</i>				
	INSTRUMENTADOR				
	CIRCULANTE <i>Socorro e Bahia</i>				
PO DE ANESTESIA: <i>Rapui</i>					
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO 500ml <i>coletor de O2</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS-SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7,0			FRASCOS-SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7,5			FIO VICRYL N°	
	LUVA ESTERIL 8,0			FIO MONONYLON N°	
	LUVA ESTERIL 8,5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	<i>Prm</i>		FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI N° 10		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT SIMPLES N° <i>atadura gessada</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUCCÃO N° <i>elástico</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO PROLENE N° <i>acova plantar sepeia</i>	
	DRENO DE PENROSE N°		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO SEDA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML <i>glicerina N° 20</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL <i>gomas</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML <i>fluocaina fisiológica</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	CERA P/ OSSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		<input checked="" type="checkbox"/>	KIT CATARATA N° <i>mão coxas</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GEOFOAM <i>equipo molho</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		<input checked="" type="checkbox"/>	FITA CARDIACA	
<input checked="" type="checkbox"/>	agulha de rapui		<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS <i>200 ml de cloridrônio oligamente</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			SUB- TOTAL
FUNCTIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>Socorro e Bahia</i>	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA			SOMA
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

13 FEV. 2020

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Yessiana Reis Belém
Data de Nasc: 05 / 12 / 85 Idade: 33

Data: 08 / 11 / 19

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

Nome: Dionísio Ribeiro da Cunha

Identificação: 110.000.000-0

Paciente: CONFIRMOU:

Identific de:

Sítio Cirúrgico

Procedimento:

Consenso: Sim () Não

CIRURGIA: CRISTIANE

Anestesista: Marcos

Assistente: Carimbo

Enfermeiro: Thiago

Assistente: Thiago

ANTES DE O PACIENTE SAIR D.A SALA DE OPERAÇÕES

SALIDA DE ENFERMAGEM

(SITUAÇÃO OPERATÓRIA)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

() Sim () Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

() Sim () Não () Não se Aplicam

3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

() Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() Sim () Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESSE PACIENTE

() Sim () Não () Não se Aplica

13 FEV. 2020

() Não se aplica

Qual: Sembra que sim Hora: 23:00

() Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim

() Não se aplica

Sobrada Serraria - 84341-1702

Assinatura e Carimbo

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
251637	09/12/2019
NOVO	
JOSLANE ROSAS BELÉM	
NOME: JOSÉ RIBAMAR FERREIRA BELÉM MARILDA GOMES ROSAS NATALIA DE MANAUS - AM	
DATA DE Nascimento: 04/12/1985	
D.O.C. ORIGEM: CERTID NASC 47298 FLS 303 LIV A-60 MANAUS-AM CFF 847.867.872-72 2a VIA	
<small>AMADEU BOCHA TRIANI Poder Executivo do Estado de Roraima Ministério da Justiça</small>	
<small>LEI N° 7.116 DE 29/06/83</small>	

PROIBIDO PLASTIFICAR



13 FEV. 2020

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

NAME: ILDOR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / CRG. ESTACIONAR
114807 SSP RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

PLACA: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC GACHAS AB

Nº REGISTRO: 01101912304 VÁLIDEZ: 29/01/2020 EXPIRAÇÃO: 15/12/1999

DESCRIÇÕES:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

LOCAL: BOA VISTA - ROAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

JUSCELINO KUBITSCHKE PENA
DIRETOR PRESIDENTE
ASSINATURA DO ENTRÉE

92485240616
RR207968020

DETTRAN RR (BOA VISTA)

13 FEV. 2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200067517 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM Data do acidente: 08/11/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

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 PÉ ESQUERDO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT ANATÔMICO MODERADO DO 5º DEDO DA MÃO
ESQUERDA.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200067517 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

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 PÉ ESQUERDO.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Toriano Renzo Belotti

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Cuidadora

IDENTIDADE: 251.637

ENDEREÇO: Rua Florianópolis, nº 80 - Ilha da Cidade

OUTORGADO

NOME: Flávia Gracie de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônoma

IDENTIDADE: 134 807

ENDERECO: Rua: Jofrônio Pindéiro Galvão - 1832, Buriti

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeo 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: 08 / 11 / 2019, cobertura invalides, vitima: Josiane Rosas Belém.

Aga Vista - RR, 01/12/2019

LOCAL E DATA



Rosa Belkin

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL
AQUINO

161638-5.DILDESB
Bacchus e por VERDADEIRA sra. FRANCIA
- JOSEINA ROSAS BELEM

Em testemunho da verdade, LFB
De que deu Boa Vista RR, 11 de dezembro de 2019.
Faz o meu testemunho e assino em diazido.com.br

Um testemunho da verdade. LFB
De que é o Rio Boa Vista/RN, 11 de dezembro de 2019
Assinado digitalmente e disponibilizado em cidadao.portal@lfbm.com.br

Recibo de R\$ 4,50
RECFCR-186265/RJHOLKMY/VDXGWT2!
Aut.

13 FEV. 2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054979/20

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

CPF: 847.867.872-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2019

Titular do CPF: JOSIANE ROSAS BELEM

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JOSIANE ROSAS BELEM : 847.867.872-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/02/2020
Nome: JOSIANE ROSAS BELEM
CPF: 847.867.872-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JOSIANE ROSAS BELEM

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054979/20

Número do Sinistro: 3200067517

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

Data do acidente: 08/11/2019

CPF: 847.867.872-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSIANE ROSAS BELEM

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOSIANE ROSAS BELEM : 847.867.872-72

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/02/2020
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

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

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200067517

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIANE ROSAS BELEM

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



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

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200067517

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIANE ROSAS BELEM

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200067517**

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIANE ROSAS BELEM

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JOSIANE ROSAS BELEM

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 0000060892-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	847.867.872-72	Ticiane Reis Belém

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:		
Ticiane Reis Belém	847.867.872-72		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
autônoma	Rua: Flávio Góes	80	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Nossa Cidade	Boa Vista	RR	69.300-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (65) 983403-5060		
TIANERRR@HOTMAIL.COM			

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:
--

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
-----------------------	---	---

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	AGÊNCIA: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	CONTA: _____
<input type="checkbox"/> Caja Econômica Federal (104)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo à 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascrito (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 01/10/2019, Boa Vista - RR.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

13 FEV. 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	847.867.872-72	Ticiane Reis Belém

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:		
Ticiane Reis Belém	847.867.872-72		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
autônoma	Avenida Floriano Peixoto	80	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Nossa Cidade	Boa Vista	RR	69.300-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (65) 98403-5060		
TIANERRE@HOTMAIL.COM			

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Brasil
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> 0250	CONTA: <input type="text"/> 60892	(Informar o dígito se existir)
		(Informar o dígito se existir)			(Informar o dígito se existir)

Autorizo à 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasdutoro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 01/10/2019, Boa Vista - RR.

X Ticiane Reis Belém

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042724/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/12/2019 10:58 Data/Hora Fim: 02/12/2019 11:20
Delegado de Policia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 08/11/2019 18:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Raial do Sol
Logradouro: RUA TRÊS MARIAS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSIANE ROSAS BELEM (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:AM - Manaus Sexo: Feminino Nasc: 04/12/1985
Profissão: Auxiliar de Serviços
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Marilda Gomes Rosas

Endereço

Município: Boa Vista - RR N°: 80
Logradouro: RUA FLORIANÓPOLIS
Bairro: NOVA CIDADE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 199.531.432-34	Placa NAN6913
Renavam 00302516042	Número do Motor E3G8E-008068
Número do Chassi 9C6KE1510B0008062	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Municipio Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E
Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 10/03/2011	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvidos
Josiane Rosas Belem	Depositário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL DESCrito ACIMA, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA RUA TRÊS MARIA, SENTIDO > ESTRELA D'ALVA (ENTRE



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 02/12/2019 11:21
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

13 FEV. 2020



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042724/2019

O NÚMERO 409 E 453), QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO NA PISTA, FOI ATINGIDA POR UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE TRAFEGAVA NA MESMA RUA, QUE COM O IMPACTO ACABOU CAINDO E SOFRENDO LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O PÉS ESQUERDO E DEDO MÍNIMO DA MÃO ESQUERDA, QUE O OUTRO MOTOCICLISTA QUE NÃO SABE INFORMAR QUEM É, PRESTOU TODO O APOIO ATÉ A CHEGADA DO SAMU, QUE NÃO DESEJA FAZER QUALQUER REPRESENTAÇÃO CONTRA O REFERIDO MOTOCICLISTA, QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.
É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Atendimento

Josiane Rosas Belém

(Vitima / Comunicante)

"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 cel origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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: 20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIANE ROSAS BELEM

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 00000060892-0

Nr. da Autenticação 954AC9F0B7DC07F2

07/02/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 12/2019 referente a UC: 1089153



RORAIMA ENERGIA

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

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4296867

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS 69309209 BOA VISTA RR

CÓDIGO ÚNICO 1089153	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh) 163	VENCIMENTO 11-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 177,05

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

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

CÓDIGO ÚNICO 1089153	MÊS 12/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 177,05
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000015.770500750003.000000001081.915312190050



13 FEV. 2020

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Inácio de Souza

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

Josiane Rosca Betem inscrito (a) no CPF sob o Nº 847.867.872-72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Josiane Rosca Betem

inscrito (a) no CPF sob o Nº 847.867.872-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

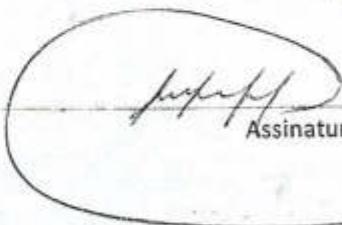
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Antônio Linheiro Galvão</u>		Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>
E-mail:	<u>IL0IRRR@HOTMAIL.COM</u>		Tel.(DDD):	<u>(95) 98403-5060</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR, 10/02/2020


Assinatura do Declarante

13 FEV. 2020