

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO
Wagner Mendes Coelho

Tabelião
José Coelho de Souza Neto

Av. Atalá de Talva, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 625 5808
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-104** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **171-V**, sob o Nº. **63156**, está Registrado o assento de **KEICIANE SOUSA DOS SANTOS**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **vinete e um de outubro de dois mil e cinco** às **09:51**, Hospital **Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth**, em **Boa Vista-RR**, filho(a) de **JOÃO DOS SANTOS** e **VERÔNICA DE SOUZA SILVA**, avós paternos: ******* e **Luiza Julia dos Santos**, e avós maternos: **Paulo Alferes Silva** e **Glória Silva de Souza**.

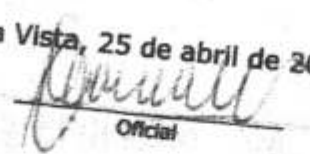
O registro foi efetuado no dia **25 de abril de 2007**

Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª Via**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 25 de abril de 2007


Oficial

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURODORA S/A

Av. Caramuru, 400 - Boa Vista - RR

Paciente: Kleiane Salsa dos Santos
Nacionalidade: Brasileira Idade: 13 Sexo: F
Endereço: Av. Estrela Dalva Raça: Branca [] Negra [] Parda [X] Amarela [] Indígena-Etnia []
Bairro: Raia do Sol

Nº 8338 DATA 19/05/19
Médico (a) Regulador (a): Duxson HORA J/B: 08:28 BASE (X) VIA () () RÁDIO
MOTIVO INICIAL: colisão carro x bicicleta HORA J/D: 08:38 () CELULAR

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

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA
[X] Acidente de trânsito [] Urgência psiquiátrica [] Queimadura [] Urgência obstétrica
[] Agressão física / espancamento [] Tentativa de suicídio [] Choque elétrico [] Transferência
[] Agressão física - FAF [] Envenenamento [] Queda [] Exame complementar
[] Agressão física - FAB [] Afogamento [] Urgência clínica [] Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO
VÍTIMA: [] Pedestre [] Condutor [X] Passageiro [] Ignorado
MEIO DE LOCOMOÇÃO: [] A pé [] Ônibus [] Micro-ônibus [] Outro [X] Bicicleta
OUTRA PARTE ENVOLVIDA: [X] Automóvel [] Bicicleta [] Animal [] Outro
ITENS DE SEGURANÇA: [] Capacete [] Cinto de segurança [] Airbag [] Assento para criança

AValiação INICIAL
VIAS AÉREAS: [X] Livre [] Obstrução Parcial [] Obstrução Total [] Corpo estranho [] Outro: _____
VENTILAÇÃO: [] Apnéia [] Dispnéia [] Bradpnéia [] Taquipnéia (E)
CIRCULAÇÃO: [] Bradicárdico [] Taquicárdico [] Enchimento capilar acima de 2" [] Pulso radial ausente [] Pulso central ausente [] Cianose central [] Extremidade
AVAL. NEUROLÓGICA: [] Miose [] Midriase (A) [] Anisocoria [] ID [] E [] Aparentemente Alcoolizado [] Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES
Hora: Início 14:03 P.A mm/hg 118x66 F.C Bpm 85 F.R Mpm 20 Sat O2 % 100 T. Axilar °C Glicemia Esc. visual "DOR" Glasgow
Fim 14:21 117x63 83 20 99 8 15

AValiação SECUNDÁRIA
LESÃO IDENTIFICADA: 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
ABERTURA OCULAR: 4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta
RESPOSTA VERBAL: 5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta
RESPOSTA MOTORA: 5 - Obedece a comandos 4 - Localiza a dor 3 - Movimento de retirada 2 - Flexão anormal 1 - Sem resposta

AValiação CARDÍACA: [X] Ritmo Sinusal [] FV [] Taquicardia Sinusal [] TV [] Flutter Atrial [] AESP [] Fibrilação atrial [] Assístolia
AFECÇÃO CLÍNICA: [] Neurológica [] Metabólica [] Respiratória [] Infecçiosa [] Cardiovascular [] Digestiva
HISTÓRIA PEGRESSA: [] Diabetes [] Alergias [] Cardiopatia [] Outros [] HAS [] Medicação de uso

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

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MEIOS ACIONADOS: [X] Polícia Militar [] Guarda Municipal [] SMTRAN
[] Cancelamento [] Recusa de Atendimento [] Hospitalização [] Não se encontrava no local [] Trote

SAMU 192-EV
CONFERE COM
ORIGINAL
13/06/19
Bombeiro
Outros: St. Armani

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RJ

SAMU 192
CONFERE COM
ORIGINAL

Em 13/06/19
Stephanie
Ribeira

Boa Vista 19/06/19

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

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

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

068:28H, 20ms acionados para atendimento ocorrência de edema entre carro x bicicleta, no local encontramos a paciente em decúbito dorsal, pele apresentando múltiplas escoriações + laceração em antebraço E de 30cm de diâmetro, realizado protocolo de Trauma e da cervical + prancha rígida + curativos, seu estado adm medicação conforme orientação do médico regulador, em seguida removida do trauma com cura.

materiais utilizados

Belaurio

Téc. de Enfermagem/Instrumentadora Cirúrgica

Belén Sara Magalhães Pereira
Téc. de Enfermagem/Instrumentadora Cirúrgica
CORP 104 63450-TEC

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000027792-9

Autenticação:

B493709B33D24F0CF919EF534CEABFEAA5801941DE56DD3C2C1EF3810798F2D9

Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Registro especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 002894351

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	06/06/2019	243	218,42

MARIA TEREZA SILVA GARCIA
 R. UNIVERSO 2503 RAIAR DO SOL
 CPF: 00006493726204
 CEP: 69.316-006 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.11.046700

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	27621	Atual:	17/05/2019
Anterior:	27378	Anterior:	16/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/06/2019
Consumo Medido:	243	Entrega:	16/05/2019
Consumo Faturado:	243	Aprovação:	17/05/2019
TARIFA SOCIAL: NORMAL		TARIFA SOCIAL: 31	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BI	13LDB04329L	1501683	1.1.1.2	250

HISTÓRICO DE CONSUMO	CONSUMO	VALOR A PAGAR
ABR/19 329	243 A R\$ 0,764682 =	185,79
MAR/19 214	ILUMINACAO PUBLICA	32,63
FEV/19 289		
JAN/19 245		
DEZ/18 362		
NOV/18 314		
OUT/18 416		
SET/18 325		
AGO/18 421		
JUL/18 87		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
 0 A 243 - 0,534620

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Hes/Ano Valor R\$ 04/2019 302,23

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/05/2019, caso não seja pago o valor devido. O consumidor deve pagar o valor devido até 05/05/2019 para evitar a suspensão do fornecimento. Caso não seja pago o valor devido até 05/05/2019, a unidade consumidora será suspensa do fornecimento de energia elétrica. O consumidor deve pagar o valor devido até 05/05/2019 para evitar a suspensão do fornecimento.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 22 26 21 25

RESERVADO AO FISCO 1C98.40C3.5468.3A42.C412.0CD2.3005.D005

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	47,74	Base de Cálculo:	185,79
Energia:	101,22	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	31,58
Encargos:	5,25	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	31,58	Valor do COFINS:	0,00

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
2,52			4,00			1,27

DISTRITO

ROT: 29.001.22.11.046700

03/2019 70,21



Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ene Garcez 891 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0119554-9	218,42
MES FATURADO	VENCIMENTO
05/2019	06/06/2019
Nº da Nota Fiscal: 002894351 FCAM	

83670000002 6 18420075000 0 00000000119 8 55490519008 4



SEQ.: 00282 UC: 0119554-9 DT.LEIT.: 17/05/2019 T.ENTR.: 07
 LEITURA: 27621 NORMAL TOTAL: 218,42 CARGA: 014
 DT.VENC.: 06/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

ÁREA DE MINISTROS - DPWAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Registro especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 002894351

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	06/06/2019	243	218,42

MARIA TEREZA SILVA GARCIA
 R. UNIVERSO 2503 RAIAR DO SOL
 CPF: 00006493726204
 CEP: 69.316-006 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.11.046700

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	27621	Atual:	17/05/2019
Anterior:	27378	Anterior:	16/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/06/2019
Consumo Medido:	243	Entrega:	16/05/2019
Consumo Faturado:	243	Aprovação:	17/05/2019
TARIFA: NORMAL		TARIFA: NORMAL	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BI	13LDB04329L	1501683	1.1.1.2	250

HISTÓRICO DE VALORES	CONSUMO	CONSUMO
ABR/19 329	243 A R\$ 0,764682 =	185,79
MAR/19 214	ILUMINACAO PUBLICA	32,63
FEV/19 289		
JAN/19 245		
DEZ/18 362		
NOV/18 314		
OUT/18 416		
SET/18 325		
AGO/18 421		
JUL/18 87		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 243 - 0,534620		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Hes/Ano Valor R\$ 04/2019 302,23

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/05/2019, caso não seja pago o valor devido. O consumidor deve pagar o valor devido até o dia 05/05/2019 para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. Caso não seja pago o valor devido até o dia 05/05/2019, o fornecimento de energia elétrica será suspenso e o consumidor deverá pagar o valor devido e o valor da multa por atraso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09) LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 22 26 21 25

RESERVADO AO FISCO 1C98.40C3.5468.3A42.C412.0CD2.3005.D005

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	47,74	Base de Cálculo:	185,79
Energia:	101,22	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	31,58
Encargos:	5,25	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	31,58	Valor do COFINS:	0,00

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
2,52			4,00			1,27
DISTRITO						
ROT: 29.001.22.11.046700						
03/2019 70,21						



Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ene Garcez 891 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0119554-9	218,42
MES FATURADO	VENCIMENTO
05/2019	06/06/2019
Nº da Nota Fiscal: 002894351 FCAM	

83670000002 6 18420075000 0 00000000119 8 55490519008 4



SEQ.: 00282 UC: 0119554-9 DT.LEIT.: 17/05/2019 T.ENTR.: 07
 LEITURA: 27621 NORMAL TOTAL: 218,42 CARGA: 014
 DT.VENC.: 06/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

ÁREA DE MINISTROS - DPWAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Registro especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 002894351

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	06/06/2019	243	218,42

MARIA TEREZA SILVA GARCIA
 R. UNIVERSO 2503 RAIAR DO SOL
 CPF: 00006493726204
 CEP: 69.316-006 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.11.046700

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	27621	Atual:	17/05/2019
Anterior:	27378	Anterior:	16/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/06/2019
Consumo Medido:	243	Entrega:	16/05/2019
Consumo Faturado:	243	Aprovação:	17/05/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	BI	13LDB04329L	1501683	1.1.1.2	250

HISTÓRICO DE VALORES	DESCRIÇÃO DA CONTA
ABR/19 329 MAR/19 214 FEV/19 289 JAN/19 245 DEZ/18 362 NOV/18 314 OUT/18 416 SET/18 325 AGO/18 421 JUL/18 87 TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 243 - 0,534620	CONSUMO 243 A R\$ 0,764682 = 185,79 ILUMINACAO PUBLICA 32,63

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Hes/Ano Valor R\$ 04/2019 302,23

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/05/2019, se não for pago o valor devido. O consumidor deve pagar o valor devido até 05/05/2019 para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O consumidor deve pagar o valor devido até 05/05/2019 para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09) LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 22 26 21 25

RESERVADO AO FISCO 1C98.40C3.5468.3A42.C412.0CD2.3005.D005

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	47,74	Base de Cálculo:	185,79
Energia:	101,22	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	31,58
Encargos:	5,25	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	31,58	Valor do COFINS:	0,00

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
2,52			4,00			1,27
DISTRITO						
ROT: 29.001.22.11.046700						



Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ene Garcez 891 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0119554-9	218,42
MES FATURADO	VENCIMENTO
05/2019	06/06/2019
Nº da Nota Fiscal: 002894351 FCAM	

83670000002 6 18420075000 0 00000000119 8 55490519008 4



SEQ.: 00282 UC: 0119554-9 DT.LEIT.: 17/05/2019 T.ENTR.: 07
 LEITURA: 27621 NORMAL TOTAL: 218,42 CARGA: 014
 DT.VENC.: 06/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

ÁREA DE MINISTROS - DPWAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1

Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003157436

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTÁ MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	26/07/2019	229	221,19

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CPF: 00005763937899

CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

ROT: 12.001.02.11.603050

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	18818	Atual:	26/06/2019
Anterior:	18589	Anterior:	29/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26/07/2019
Consumo Medido:	229	Emissão:	25/06/2019
Consumo Faturado:	229	Apresentação:	26/06/2019
NORMA		28	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	14TDB00002	N 1624688	1.1.1.2	275

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 229 A R\$ 0,773664 = 177,16
MAR/19 272	CORRECAO MONETARIA DA IL (2X) 0,24
ABR/19 343	CORRECAO MONETARIA IGPH (2X) 3,45
MAR/19 253	MULTA POR ATRASO DE IL (2X) 2,32
FEV/19 255	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X) 0,37
JAN/19 191	MULTA POR ATRASO (2X) 9,33
DEZ/18 295	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 3,09
NOV/18 305	ILUMINACAO PUBLICA 25,23
OUT/18 341	
SET/18 283	
AGO/18 202	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 229 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano Valor R\$

07/2018 210,07

Informamos que o valor de 210,07 (duzentos e dez reais) referente ao mês de julho de 2018, não foi pago. Caso o devedor não tenha realizado o pagamento, deverá providenciar uma nova prestação de contas, para regularizar a situação e evitar o corte de energia.

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

RESERVADO AO FISCO 1675.4887.E113.7C06.9FFD.67B0.F4B5.15B6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	44,99	Base de Cálculo:	177,16
Energia:	95,40	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	30,11
Encargos:	4,95	Valor do PIS:	0,30
Tributos:	31,82	Valor do COFINS:	1,41

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
0,00			0,00			0,00	

CENTRO 04/2019 112,53

ROT: 12.001.02.11.603050



SEU CÓDIGO
0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$
221,19

MÊS FATURADO
06/2019

VENCIMENTO
26/07/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 003157436 FCAM

83650000002 8 21190075000 4 00000000126 3 05530619008 7



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Ene Garcez, 494 - Boa Vista - RR

Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Registro especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 002894351

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	06/06/2019	243	218,42

MARIA TEREZA SILVA GARCIA
 R. UNIVERSO 2503 RAIAR DO SOL
 CPF: 00006493726204
 CEP: 69.316-006 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.11.046700

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	27621	Atual:	17/05/2019
Anterior:	27378	Anterior:	16/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/06/2019
Consumo Medido:	243	Entrega:	16/05/2019
Consumo Faturado:	243	Aprovação:	17/05/2019
TARIFA: NORMAL		TARIFA: NORMAL	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	BI	13LDB04329L	1501683	1.1.1.2	250

HISTÓRICO DE CONSUMO	CONSUMO	VALOR A PAGAR
ABR/19 329	243 A R\$ 0,764682 =	185,79
MAR/19 214	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	32,63
FEV/19 289		
JAN/19 245		
DEZ/18 362		
NOV/18 314		
OUT/18 416		
SET/18 325		
AGO/18 421		
JUL/18 87		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
 0 A 243 - 0,534620

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 04/2019 302,23

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/05/2019, em função dos atrasos no pagamento das contas de consumo. O consumidor deve quitar o valor devido até 05/05/2019 para evitar a suspensão do fornecimento. Caso não seja quitado, o fornecimento será suspenso e o consumidor deverá solicitar a retomada do serviço, pagando as despesas de reativação.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09) LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 22 26 21 25

RESERVADO AO FISCO 1C98.40C3.5468.3A42.C412.0CD2.3005.D005

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	47,74	Base de Cálculo:	185,79
Energia:	101,22	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	31,58
Encargos:	5,25	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	31,58	Valor do COFINS:	0,00

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
2,52			4,00			1,27

DISTRITO 03/2019 70,21

ROT: 29.001.22.11.046700



Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ene Garcez 891 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0119554-9	218,42
MES FATURADO	VENCIMENTO
05/2019	06/06/2019
Nº da Nota Fiscal: 002894351 FCAM	

83670000002 6 18420075000 0 00000000119 8 55490519008 4



SEQ.: 00282 UC: 0119554-9 DT.LEIT.: 17/05/2019 T.ENTR.: 07
 LEITURA: 27621 NORMAL TOTAL: 218,42 CARGA: 014
 DT.VENC.: 06/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

ÁREA DE MINISTROS - DPWAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Registro especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 002894351

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	06/06/2019	243	218,42

MARIA TEREZA SILVA GARCIA
 R. UNIVERSO 2503 RAIAR DO SOL
 CPF: 00006493726204
 CEP: 69.316-006 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.11.046700

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	27621	Atual:	17/05/2019
Anterior:	27378	Anterior:	16/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/06/2019
Consumo Medido:	243	Entrega:	16/05/2019
Consumo Faturado:	243	Aprovação:	17/05/2019
TARIFA SOCIAL: NORMAL		TARIFA SOCIAL: 31	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BI	13LDB04329L	1501683	1.1.1.2	250

HISTÓRICO DE CONSUMO	CONSUMO	VALOR A PAGAR
ABR/19 329	243 A R\$ 0,764682 =	185,79
MAR/19 214	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	32,63
FEV/19 289		
JAN/19 245		
DEZ/18 362		
NOV/18 314		
OUT/18 416		
SET/18 325		
AGO/18 421		
JUL/18 87		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
 0 A 243 - 0,534620

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Hes/Ano Valor R\$ 04/2019 302,23

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/05/2019, caso não seja pago o valor devido. O consumidor deve pagar o valor devido até 05/05/2019 para evitar a suspensão do fornecimento. Caso não seja pago o valor devido até 05/05/2019, a unidade consumidora será suspensa do fornecimento de energia elétrica. O consumidor deve pagar o valor devido até 05/05/2019 para evitar a suspensão do fornecimento.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 22 26 21 25

RESERVADO AO FISCO 1C98.40C3.5468.3A42.C412.0CD2.3005.D005

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	47,74	Base de Cálculo:	185,79
Energia:	101,22	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	31,58
Encargos:	5,25	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	31,58	Valor do COFINS:	0,00

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
2,52			4,00			1,27

DISTRITO

ROT: 29.001.22.11.046700

03/2019 70,21



Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ene Garcez 891 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0119554-9	218,42
MES FATURADO	VENCIMENTO
05/2019	06/06/2019
Nº da Nota Fiscal: 002894351 FCAM	

83670000002 6 18420075000 0 00000000119 8 55490519008 4



SEQ.: 00282 UC: 0119554-9 DT.LEIT.: 17/05/2019 T.ENTR.: 07
 LEITURA: 27621 NORMAL TOTAL: 218,42 CARGA: 014
 DT.VENC.: 06/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

ÁREA DE MINISTROS - DPWAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1

Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003157436

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTÁ MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	26/07/2019	229	221,19

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CPF: 00005763937899

CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

ROT: 12.001.02.11.603050

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	18818	Atual:	26/06/2019
Anterior:	18589	Anterior:	29/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26/07/2019
Consumo Medido:	229	Emissão:	25/06/2019
Consumo Faturado:	229	Apresentação:	26/06/2019
NORMA		28	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	14TD500002	N 1624688	1.1.1.2	275

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 229 A R\$ 0,773664 = 177,16
MAR/19 272	CORRECAO MONETARIA DA IL (2X) 0,24
ABR/19 343	CORRECAO MONETARIA IGPH (2X) 3,45
MAR/19 253	MULTA POR ATRASO DE IL (2X) 2,32
FEV/19 255	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X) 0,37
JAN/19 191	MULTA POR ATRASO (2X) 9,33
DEZ/18 295	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 3,09
NOV/18 305	ILUMINACAO PUBLICA 25,23
OUT/18 341	
SET/18 283	
AGO/18 202	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 229 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano Valor R\$

07/2018 210,07

Informamos que o valor de 210,07 (duzentos e dez reais) referente ao mês de julho de 2018, não foi pago. Caso o devedor não tenha realizado o pagamento, deverá providenciar uma nova prestação de contas, para que seja possível a emissão de uma nova fatura.

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

RESERVADO AO FISCO 1675.4887.E113.7C06.9FFD.67B0.F4B5.15B6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	44,99	Base de Cálculo:	177,16
Energia:	95,40	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	30,11
Encargos:	4,95	Valor do PIS:	0,30
Tributos:	31,82	Valor do COFINS:	1,41

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
0,00			0,00			0,00	

CENTRO 04/2019 112,53

ROT: 12.001.02.11.603050



SEU CÓDIGO 0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$ 221,19

MÊS FATURADO 06/2019

VENCIMENTO 26/07/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 003157436 FCAM

83650000002 8 21190075000 4 00000000126 3 05530619008 7



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Ene Garcez, 494 - Boa Vista - RR

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/BIBLIOTECABWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu TELVA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOÃO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 662.479.002 / 44

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.195.492 / 06 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>AV. BENTO BRASIL</u>		Número: <u>248</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.303-050</u>
E-mail: <u>confiancact@hotmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 05 de agosto de 2019.

Assinatura do Declarante



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/BIBLIOTECABWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu TELVA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOÃO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 662.479.002 / 44

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.195.492 / 06 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>AV. BENTO BRASIL</u>		Número: <u>248</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.303-050</u>
E-mail: <u>confiancaest@hotmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 05 de agosto de 2019.

Assinatura do Declarante



19/05/2019
Mampa PLP me voo

Guia de Atendimento 17

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.

1901111740 19/05/2019 09:23:14

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS
Data Nascimento: 21/10/2005
Idade: 13 A 6 M 29 D
CNS: 13 A 6 M 29 D
CPF: 99144-2196
Prontuário: 3

Tipo Doc: Documento
Órgão Emissor: Data Emissão: Sexo: F Estado Civil: Parda Naturalidade: Brasileira
Mãe: N63156 Pai: JOAO DOS SANTOS
VERONICA DE SOUZA SILVA
Endereço: RUA - UNIVERSO - 1421 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR
Contato: (95) 99144-2196
Ocupação:

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: ACIDENTE DE BICICLETA URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp. Peso Pressão
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: RICARDO PEREIRA

Queixa Principal: Atropelamento
Sintoma Febril: Sintomático Respiratório: Suspeita de Dengue:

Anamnese de Enfermagem: GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 9h)
Paciente ligada pelo serviço, com história de atropelamento por bicicleta, paciente em estado de choque, com lesões profundas em toda a extensão do membro inferior direito, com lesões visíveis.

Exame Físico: Paciente ligada pelo serviço, com história de atropelamento por bicicleta, paciente em estado de choque, com lesões profundas em toda a extensão do membro inferior direito, com lesões visíveis.

Hipótese Diagnóstica: Atropelamento.

SADT - Exames Complementares: () RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO: 1) Tranq 100mg 1x1
2) Analg 100mg 1x1
3) Antibio 1g 1x1

ÁREA DE SINISTROS - DENT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A Ambulatório
Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RR
Observação (Até 24h)
Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

Conduta: () Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia () Transferência para: 1) 2) 3)

óbito: Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____

Carimbo e Assinatura do Médico: _____

Impresso por: ricardo.pereira
Data Hora: 19/05/2019 09:26:44

1901111740

102.5.252:8888/IS4/is4/5FEF36BB-B93B-4603-8F14-47D0B6BC1506.htm

1/1

INTERCÉDIO

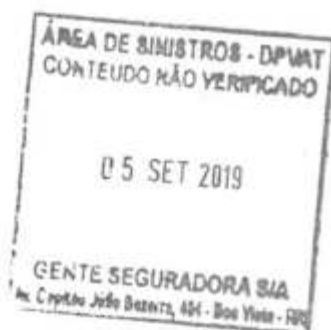
Paciente sofreu acidente com bicicleta X carro (carro) com consequente lesão extensa da pele e ULC na região posterior do corpo (E).

Do exame: ADMOTIVA do tornozelo e pododactilos sem alterações.
Outros distais preservados.

RX: sem fraturas em evidência.

CO: LMC extensiva com 50,9% (1520) + de 20% de lesão, surto, ulceração e infecção. O mesmo não é mais necessário.

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR



Handwritten mark resembling a stylized '3' or a signature.

BLOCO A

Alta: 21/05/19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Kucione Sousa dos Santos

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71091810510171412510131911

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Veronica de Souza Silva

Rua Universo, 1421, Raio do Sol

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV.

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/10/05

2 - CNES

4 - CNES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

172575

9 - SEXO

F

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente refere lesões com lacrimas x corne com consequente lesões extensas de pele e músculos na ponta posterior da perna
E.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

GENÉTICA DORAZA
Av. Capão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RP

História clínica, exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura por E.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

Dr. Augusto C. de Almeida
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 10000

28 - DOCUMENTO () CPF

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

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
19/05/19

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Augusto C. de Almeida
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 10000

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO () CPF

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

0308010019
T013
V199

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
19/05/19

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	KEICIANE SOUSA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	LESÃO EXTENSIVA DE PONTOS MÓVIS (POSTERIOR DO PRATO E)				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	13	LEITO		DATA	19/05/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5 h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				in
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H, 2000 mg 1V 6/6H S/N				in. 28.06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				28.06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				in
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				in
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H				(14) (22) (28)
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				in
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H SUSP.				Susp
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H SUSP.				Susp
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				in
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO				Real. 28
15	CEFALOTINA 2g 1V 6/6H				28.06
16	GENTAMICINA 240mg 1V 1X/24H				28.06
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Bider Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDIÇÃO: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	120/80	87	20
24 H			

(B23)C 65
-- MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

14h. item 8 não liberado pela farmácia.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



GOVERNO DE RORAIMA
 Hospital Geral de Roraima
 DATA DE ADMISSÃO: DIH 19/05/2019 DN 21/10/2005

PACIENTE: **KEICIANE SOUSA DOS SANTOS**

AGNÓSTICO: **LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA ESQUERDA**

ALERGIAS: HAS DM2
 LEITO L-65 DATA 20/05/2019

IDADE: 13 HORÁRIO

ITEM PRESCRIÇÃO

1 DIETA ORAL LIVRE

7 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

8 DIPIRONA 500MG 2ML EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H

9 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

10 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

11 SSVV + CCGG 6/6 H

12 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

13 GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA

15 OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA

16 CURATIVO DIÁRIO

17 TILATIL 20MG EV DE 12/12H

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
 CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS CONTROLADO CM
 ANALGESIA SIMPLES, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA
 BEM A DIETA, CURATIVO EM PERNA ESQUERDA
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

12H 96 x 60 62 18 36°C

18H 80 x 50 68 20 36,7°C

24H

Dr. Augusto Cavalcante
 CRM-RR 1964
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

Dr. Elder Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1828/RR

18h - ITEM (32) AUSENTE NO SETOR,
 MEDICADA, SSVV AFERIDOS, SEGUE AOS
 CUIDADOS DE ENFERMAGEM
 TÊC. ENF. GLENNIO.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA SIA
 Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR



GOVERNO DE
RORAIMA
Hospital Geral de
Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIH 19/05/2019

DN

21/10/2005

DATA DE ADMISSÃO

DIH

19/05/2019

DN

21/10/2005

PACIENTE KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

AGNÓSTICO LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA ESQUERDA

ALERGIAS

IDADE 13

HAS

DM2

LEITO

L-65

DATA

21/05/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

7 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

8 DIPIRONA 500MG 2ML EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H

9 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

10 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

11 SSVV + CCGG 6/6 H

12 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

13 GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA

15 OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA

16 CURATIVO DIÁRIO

17 TILATIL 20MG EV DE 12/12H

18 *[Signature]*

19 *[Signature]*

20 SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS
PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, CURATIVO EM PERNA ESQUERDA
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

12 H

18 H

24 H

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 464 - Boa Vista - RR

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1759 TEOT 14272

HGR

ÁREA DE SINISTROS - DPM

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capangá João Dantas, 484 - Boa Vista - RR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Reicione S. dos Santos 13 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 19.05.19 COM
DIAGNÓSTICO DE Lesão valgo de joelho direito
NO DIA 1 / 1 / 1 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE 1 SENDO

OPERADO PELO DR. Elder E DR. Augusto

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21.05.19 ÀS 10h00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 31.05.19 ÀS 14h00 COM O
DR. Elder

Reicione S. dos Santos
HGR

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Elder

Dr. Augusto Cavali
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR

BOA VISTA

21.05.19

MÉDICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Fátima - Tel: (91) 311-0620

1. JUN. 2019
Cópia autêntica presente
no original
Arquivada neste Hospital

19/05/2019
Mampa PLP me voo
... Guia de Atendimento 17 ...
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.
1901111740 19/05/2019 09:23:14
FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA
DIURNO 07-19 3
Paciente KEICIANE SOUSA DOS SANTOS Data Nascimento 21/10/2005 Idade 13 A 6 M 29 D CNS CPF Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Mãe REGISTRO N A-104 N63156 F PARDAS Naturalidade Brasileira
VERONICA DE SOUZA SILVA Pai JOAO DOS SANTOS Contato (95) 99144-2196 Ocupação
Endereço RUA - UNIVERSO - 1421 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR
Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE BICICLETA Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: RICARDO PEREIRA
Queixa Principal (P) Atropelamento ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
Anamnese de Enfermagem
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Parente ligista pelo 99144, com história de colisão com carro x bicicleta, parente único. Exame Físico: Paciente consciente, queixas de dor nos membros inferiores em focos posteriores de punho, com lesões insulares. Hipótese Diagnóstica: Fraturas. SADI - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: PRESCRIÇÃO: 1) Tramadol 100mg 1 CV 5x24h 100-1 2) Cetorolona 180mg 9/30. Área de Sinistros - DENT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 05 SET 2019. GENTE SEGURADORA S/A Ambulatório Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Saída/Alta: Verso. Assinatura do Paciente ou Responsável: Impresso por: ricardo.pereira Data Hora: 19/05/2019 09:26:44 Carimbo e Assinatura do Médico: 1901111740

INTERCONSULTA

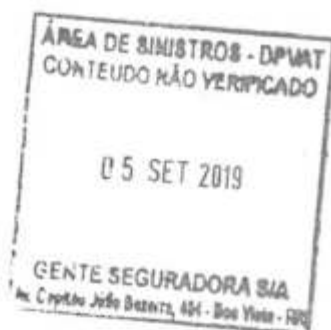
Paciente retorna ao consultório com bicicleta xcom (sic) com consequente lesão extensa da pele e ULC na região posterior do corpo (E).

Do exame: ADMOTIVA do tornozelo e PODOTILES SEU MANTENIMENTO.
DADOS DIFERIS PODOLOGIS.

RX: SEM FRATURAS OU LUXAÇÕES.

CO: LMC EXTENSIVA COM 54,9% 8/15/20 + 24
20/10/2019, SUTURA, UNIFORME E INFLAMATÓRIO.
O paciente necessitará de

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR



Handwritten mark resembling a stylized '3' or a signature.

BLOCO A

Alta: 21/05/19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Kucione Sousa dos Santos

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71091810510171412510131911

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Veronica de Souza Silva

Rua Universo, 1421, Raio do Sol

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV.

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/10/05

2 - CNES

4 - CNES

6 - N° DO PRONTUÁRIO

172575

9 - SEXO

F

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente refere lesões com lacetiza x coroa com consequente lesões extensas de pele e músculos na ponta posterior da perna E.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

História clínica, exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura por E.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

Dr. Augusto Costa
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 10000

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

19/05/19

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019
T013
V199

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

19/05/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	KEICIANE SOUSA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	LESÃO EXTENSIVA DE PONTAS MOLDES (POSTERIOR DO PRATO E)				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	13	LEITO		DATA	19/05/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5 h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				in
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H, 2000 mg 1V 6/6H S/N				in. 28.06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				28.06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				in
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				in
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H				(14) (22) (28)
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				in
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H SUSP.				Susp
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H SUSP.				Susp
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				in
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO				Real. 28
15	Cefalosporina 2g 1V 6/6H				28.06
16	Gentamicina 240mg 1V 1X/24H				28.06
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Bider Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDIÇÃO: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	120/80	87	20
24 H			

(B23)C 65
-- MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

14h. item 8 não liberado pela farmácia.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



GOVERNO DE RORAIMA
 Hospital Geral de Roraima
 DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 19/05/2019 DN: 21/10/2005

PACIENTE: **KEICIANE SOUSA DOS SANTOS**

AGNÓSTICO: **LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA ESQUERDA**

ALERGIAS: _____ HAS: _____ DM2: _____
 LEITO: **L-65** DATA: **20/05/2019**

IDADE: **13** PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

ITEM: _____

1 DIETA ORAL LIVRE

7 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

8 DIPIRONA 500MG 2ML EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H

9 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

10 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

11 SSVV + CCGG 6/6 H

12 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

13 GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA

15 OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA

16 CURATIVO DIÁRIO

17 TILATIL 20MG EV DE 12/12H

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: **2UI**; 251-300: **4UI**; 301-350: **6UI**;
 351-400: **8UI**; ≥ 400: **10 UI** E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
 CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS CONTROLADO CM
 ANALGESIA SIMPLES, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA
 BEM A DIETA, CURATIVO EM PERNA ESQUERDA
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6H 96 x 60 62 18 36°C

12H 80 x 50 68 20 36,7°C

18H

24H

Dr. Augusto Cavalcante
 CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

Dr. Elder Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1828/RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA SIA
 Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

18h - ITEM (32) AUSENTE NO SETOR,
 MEDICADA, SSVV AFERIDOS, SEGUE AOS
 CUIDADOS DE ENFERMAGEM
 TÊC. ENF. GLENNIO.



GOVERNO DE
RORAIMA
Hospital Geral de
Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIH 19/05/2019

DN 21/10/2005

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

AGNÓSTICO LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA ESQUERDA

ALERGIAS

IDADE 13

HAS

DM2

DATA 21/05/2019

LEITO L-65

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ITEM

1 DIETA ORAL LIVRE

7 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

8 DIPIRONA 500MG 2ML EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H

9 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

10 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

11 SSVV + CCGG 6/6 H

12 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

13 GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA

15 OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA

16 CURATIVO DIÁRIO

17 TILATIL 20MG EV DE 12/12H

18 *[Signature]*

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS
PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, CURATIVO EM PERNA ESQUERDA
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H

12 H

18 H

24 H

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 464 - Boa Vista - RR

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1759 TEOT 14272

HGR

ÁREA DE SINISTROS - DPM

CONTEÚDO NÃO ATENDIDO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Cap. João Dantas, 484 - Boa Vista - RR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Keiziane S. dos Santos 13 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 19.05.19 COM
DIAGNÓSTICO DE Lesão valgo de joelho direito
NO DIA 1 / 1 / 1 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE 1 SENDO

OPERADO PELO DR. Elder E DR. Augusto

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21.05.19 ÀS 10h00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 31.05.19 ÀS 14h00 COM O
DR. Elder

Retorno em Sala de Emergência

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Elder

Dr. Augusto Cavalcanti
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR

BOA VISTA

21.05.19

MÉDICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Fátima - Tel: (91) 311-0620

11M. 2019

Cópia de original presente
no original deste Hospital

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO
Wagner Mendes Coelho

Tenente
José Coelho de Souza Neto

Av. Atalide Tolva, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 628 8808
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-104** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **171-V**, sob o Nº. **63156**, está Registrado o assento de **KEICIANE SOUSA DOS SANTOS**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **vinete e um de outubro de dois mil e cinco** às **09:51**, Hospital **Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth**, em **Boa Vista-RR**, filho(a) de **JOÃO DOS SANTOS** e **VERÔNICA DE SOUZA SILVA**, avós paternos: ******* e **Luiza Julia dos Santos**, e avós maternos: **Paulo Alferes Silva e Glória Silva de Souza**.

O registro foi efetuado no dia **25 de abril de 2007**

Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª via**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 25 de abril de 2007

[Assinatura]
Oficial

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 494 - Boa Vista - RR

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
017.195.492-06

Nome
KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

Nascimento
21/10/2005



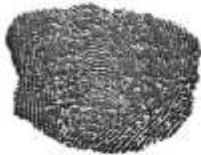
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

JOÃO DOS SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **154147** DATA DE EXPEDIÇÃO **18/10/2017**

NOME **JOÃO DOS SANTOS**

FILIAÇÃO

LUIZA JULIA DOS SANTOS

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO
19/09/1976

DCC ORIGEM
CERTD NASC 76848 FLS 294 LIV A-111

1 OF BOA VISTA-RR

CFF
662.479.002-44

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Poder Judiciário do Estado de Roraima
Diretor do IIG

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

P7

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polgar Direito 

Amir D. Guedes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 524555-9 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/2017

NOME TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO EDMILSON JOSÉ SANTIAGO
TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE SANTARÉM - PA DATA DE NASCIMENTO 18/11/1970

DIG. ORIGEM CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

739.248.066-91 AMADEU ROCHA TRIANI
1 VIA Perito Papiloscópico da Polícia Civil Diretor do IIC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 P 1

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - FORT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO
Wagner Mendes Coelho

Tenente
José Coelho de Souza Neto

Av. Atalide Tolva, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 628 8808
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-104** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **171-V**, sob o Nº. **63156**, está Registrado o assento de **KEICIANE SOUSA DOS SANTOS**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **vinete e um de outubro de dois mil e cinco** às **09:51**, Hospital **Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth**, em **Boa Vista-RR**, filho(a) de **JOÃO DOS SANTOS** e **VERÔNICA DE SOUZA SILVA**, avós paternos: ******* e **Luiza Julia dos Santos**, e avós maternos: **Paulo Alferes Silva e Glória Silva de Souza**.

O registro foi efetuado no dia **25 de abril de 2007**

Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª via**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 25 de abril de 2007

[Assinatura]
Oficial

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

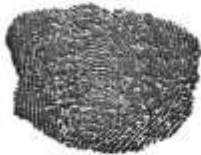
GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 494 - Boa Vista - RR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

JOÃO DOS SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **154147** DATA DE EXPEDIÇÃO **18/10/2017**

NOME **JOÃO DOS SANTOS**

FILIAÇÃO

LUIZA JULIA DOS SANTOS

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO
19/09/1976

DCC ORIGEM
CERTD NASC 76848 FLS 294 LIV A-111

1 OF BOA VISTA-RR

CFF
662.479.002-44

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Poder Judiciário do Estado de Roraima
Diretor do IIG

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

P7

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polgar Direito 

Amir D. Guedes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 524555-9 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/2017

NOME TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO EDMILSON JOSÉ SANTIAGO
TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE SANTARÉM - PA DATA DE NASCIMENTO 18/11/1970

DIG. ORIGEM CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

739.248.066-91 AMADEU ROCHA TRIANI
1 VIA Perito Papiloscópico da Polícia Civil Diretor do IGC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 P 1

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - FORT

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200002354
Nome do(a) Examinado(a): Keiciane Sousa dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Universo, 2503
Raial do Sol Raial do Sol RR CEP: 69316-006
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [CERTIDAO NASCIMENTO / RR] 63156
Data local do acidente: [19/05/2019]
Data local do exame: [23/01/2020] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
VITIMA DE COLISÃO BICICLETA/CARRO COM CONTUSÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRURGICO LOCAL, NEGA FISIOTERAPIA E ALTA LOGO APÓS A SAIDA DO HOSPITAL
Complicações: MIE: PERDA DE TECIDO EM REGIÃO DA PANTURRILHA COM CICATRIZAÇÃO HIPERTROFICA.
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
MIE: PERDA DE TECIDO EM REGIÃO DA PANTURRILHA COM CICATRIZAÇÃO HIPERTROFICA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
MIE: PERDA DE TECIDO EM REGIÃO DA PANTURRILHA COM CICATRIZAÇÃO HIPERTROFICA.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem seqüela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
Menor apresentou certidão de nascimento e veio acompanhada da tia a Sra. Maria da Silva, CPF:869.301.762-49

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032


Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
ROE: 177



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO-INTEGRIDADE FÍSICA-Nº 6673/2019/IML/RR.
Destino: **DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO/DAT/RR.**

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: **Débora Alves Monteiro da Cruz.**
- Requisição: **Nº 208/2019/DAT.- Ref. BO. Nº 020109/2019-DAT.**

NOME: KEICIANE SOUZA DOS SANTOS	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURALIDADE: BOA VISTA/RR
IDADE: 12 ANOS	SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	COR: PARDA
PROFISSÃO: ESTUDANTE	ESCOLARIDADE: FUND. INCOMPLETO
DOCUMENTAÇÃO: CPF Nº 017.195.492-06	TELEFONE: (95) 99140-9772
FILIAÇÃO: JOÃO DOS SANTOS e VERÔNICA DOS SANTOS SILVA	
ENDEREÇO: RUA: SANTA MARIA, Nº 803 – BAIRRO: 13 DE SETEMBRO – BOA VISTA/RR	
DATA/ HORA DO EXAME: 03/12/2019, às 08 horas e 20 minutos.	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo diretor, prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

- Atendendo a requisição nº 208/19/DAT.

DESCRIÇÃO:

- Presença de cicatriz hipercrômica extensa em perna esquerda;
- Presença de nódulos subcutâneos endurecidos e doloridos à palpação;
- Marcha claudicante à esquerda;
- Pericianda com limitação para esforços repetitivos em membro inferior esquerdo.
- Vide gráfico 01.

CONCLUSÃO:

- Lesão corto-contusa grave.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- 1ª Há ofensa à integridade física ou a saúde? **SIM.**
- 2ª Qual o instrumento ou meio que a produziu? **CORTO-CONTUSA.**
- 3ª Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **PREJUDICADO.**
- 4ª Houve perigo de vida? **NÃO.**
- 5ª Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM, CONFORME RELATO DA PERICIANDA.**
- 6ª Resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, aborto ou aceleração de parto ou deformidade permanente? **SIM, SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

É por ser verdade digitei este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim, **Sâmara S. Salustiano:**

Francisco Stênio Leão Barros
Agente Administrativo/União
Mat. 1036747

IML

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69 309005 – Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (recepção), (95) 2121-3430 (direção).



Laudo N.:

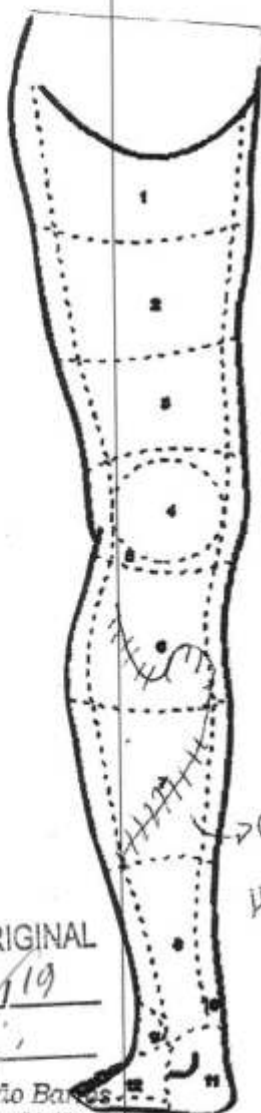
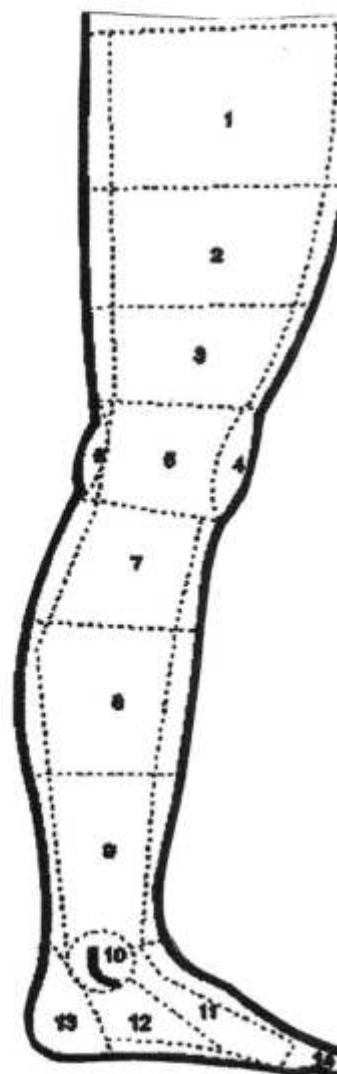
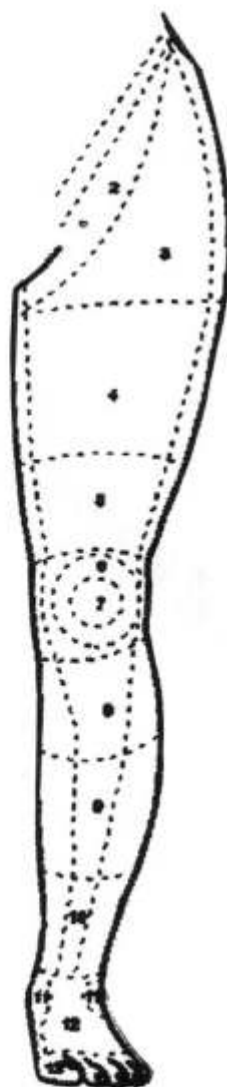
Periciando: Keiziane Sousa dos Santos

Data:

03/12/2015

Perito(s):

Dr. Francisco F. de Faria Jr

CICATRIZ
HIPERCROMICA

DAT

CONFERE COM ORIGINAL

DATA: 18/12/19

Francisco Stênio Leão Barros
Agente Administrativo/União
Mat. 1035747

REGIÕES:

- 1 - Terço superior da coxa
- 2 - Terço médio da coxa
- 3 - Terço inferior da coxa
- 4 - Popliteia
- 5 - Face posterior do joelho
- 6 - Terço superior da perna
- 7 - Terço médio da perna
- 8 - Terço inferior da perna
- 9 e 10 - Metatarsos
- 11 - Dorsal do pé

REGIÕES:

- 1 - Inguinal
- 2 - Cruzal
- 3 - Terço superior da coxa
- 4 - Terço médio da coxa
- 5 - Terço inferior da coxa
- 6 - Joelho
- 7 - Rotuliana
- 8 - Terço superior da perna
- 9 - Terço médio da perna
- 10 - Terço inferior da perna
- 11 - Metatarsos
- 12 - Dorsal do pé
- 13 - Pedarrafices

REGIÕES

- 1 - Terço superior da coxa
- 2 - Terço médio da coxa
- 3 - Terço inferior da coxa
- 4 - Rotuliana
- 5 - Face interna do joelho
- 6 - Popliteia
- 7 - Terço superior da perna
- 8 - Terço médio da perna
- 9 - Terço inferior da perna
- 10 - Metatarsos
- 11 - Dorsal do pé
- 12 - Face interna do pé
- 13 - Calcaneana
- 14 - Primeiro pedarrafice

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308050/19

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF: 017.195.492-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

TELIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JOAO DOS SANTOS : 662.479.002-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação



KEICIANE SOUSA DOS SANTOS : 017.195.492-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308050/19

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF: 017.195.492-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

TELIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JOAO DOS SANTOS : 662.479.002-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

KEICIANE SOUSA DOS SANTOS : 017.195.492-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002276/20

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF: 017.195.492-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JOAO DOS SANTOS : 662.479.002-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

KEICIANE SOUSA DOS SANTOS : 017.195.492-06

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: 03/01/2020
Nome: TELVA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002354

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

Data do acidente: 19/05/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Descrição do exame físico: MIE: PERDA DE TECIDO EM REGIÃO DA PANTURRILHA COM CICATRIZAÇÃO HIPERTROFICA

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRURGICO LOCAL, NEGA FISIOTERAPIA E ALTA LOGO APÓS A SAIDA OD ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002354

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

Data do acidente: 19/05/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Descrição do exame físico: MIE: PERDA DE TECIDO EM REGIÃO DA PANTURRILHA COM CICATRIZAÇÃO HIPERTROFICA

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRURGICO LOCAL, NEGA FISIOTERAPIA E ALTA LOGO APÓS A SAIDA OD ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002354 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. (P7)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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: 3200002354 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. (P7)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOÃO DOS SANTOS RG Nº 154147 SSP/RR E CPF Nº 662.479.002-44, brasileiro, solteiro, autonomo , representante legal de KEICIANE SOUSA DOS SANTOS, CPF Nº 017.195.492-06 residente na Rua Universo nº 2503 , Bairro: Raiar do Sol- Boa Vista - RR CEP.: 69.316-006. Tel.: (95) 99144-2196/ confiancacst@hotmail.com

VITIMA: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS , CPF Nº 662.479.002-44, DATA DO SINISTRO: 19/05/2019, NATUREZA: INVALIDEZ.

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, Brasileira, Casada, Empresária, RG nº 5245559 SSP/RR, Data de Emissão: 30/01/2017 e CPF nº 739.248.066-91, Cujo endereço é: Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.

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, 29 de maio de 2019.



João dos Santos
JOÃO DOS SANTOS



PROCURAÇÃO

Outorgante: JOÃO DOS SANTOS RG Nº 154147 SSP/RR E CPF Nº 662.479.002-44, brasileiro, solteiro, autonomo , representante legal de KEICIANE SOUSA DOS SANTOS, CPF Nº 017.195.492-06 residente na Rua Universo nº 2503 , Bairro: Raiar do Sol- Boa Vista - RR CEP.: 69.316-006. Tel.: (95) 99144-2196/ confiancacst@hotmail.com

VITIMA: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS , CPF Nº 662.479.002-44, DATA DO SINISTRO: 19/05/2019, NATUREZA: INVALIDEZ.

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, Brasileira, Casada, Empresária, RG nº 5245559 SSP/RR, Data de Emissão: 30/01/2017 e CPF nº 739.248.066-91, Cujo endereço é: Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.

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, 29 de maio de 2019.



João dos Santos
JOÃO DOS SANTOS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308050/19

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF: 017.195.492-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 19/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JOAO DOS SANTOS : 662.479.002-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

KEICIANE SOUSA DOS SANTOS : 017.195.492-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308050/19

Número do Sinistro: 3190518307

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF: 017.195.492-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 19/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 25/10/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002276/20

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF: 017.195.492-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

TELZIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JOAO DOS SANTOS : 662.479.002-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

KEICIANE SOUSA DOS SANTOS : 017.195.492-06

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: 03/01/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELZIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002354

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO DOS SANTOS

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, 11 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002354

Vítima: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

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:
037.995.492-06 KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS 6 - CPF: 037.995.492-06
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA UNIVERSO 9 - Número: 2503 10 - Complemento:
11 - Bairro: KAIAR DO SOL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.336-006
15 - E-mail: confiancaast@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 98118-1200

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: JOÃO DOS SANTOS 18 - CPF do Representante Legal: 662.479.002-44 19 - Profissão do Representante Legal: AUTÔNOMO
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 27792 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 do 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 (vai nascer)? ☐ 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 autografado

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, 03 de Setembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:
037.995.492-06 KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS 6 - CPF: 037.995.492-06
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA UNIVERSO 9 - Número: 2503 10 - Complemento:
11 - Bairro: KAIAR DO SOL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.336-006
15 - E-mail: confiancaast@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 98118-1200

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: JOÃO DOS SANTOS 18 - CPF do Representante Legal: 662.479.002-44 19 - Profissão do Representante Legal: AUTÔNOMO
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 27792 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 do 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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 autografado

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, 03 de Setembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:
037.995.492-06 KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS 6 - CPF: 037.995.492-06
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA UNIVERSO 9 - Número: 2503 10 - Complemento:
11 - Bairro: KAIAR DO SOL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.336-006
15 - E-mail: confiancaast@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 98118-1200

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: JOÃO DOS SANTOS 18 - CPF do Representante Legal: 662.479.002-44 19 - Profissão do Representante Legal: AUTÔNOMO
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAÚ

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 27792 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 do 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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 autografado

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, 03 de Setembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:
037.995.492-06 KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS 6 - CPF: 037.995.492-06
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA UNIVERSO 9 - Número: 2503 10 - Complemento:
11 - Bairro: KAIAR DO SOL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.336-006
15 - E-mail: confiancaast@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 98118-1200

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: JOÃO DOS SANTOS 18 - CPF do Representante Legal: 662.479.002-44 19 - Profissão do Representante Legal: AUTÔNOMO
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAÚ

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 27792 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 do 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 (vai nascer)? ☐ 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 autografado

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, 03 de Setembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

05 SET 2019



GENTE SEGURADORA S/A

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

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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 020109/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/07/2019 09:21 Data/Hora Fim: 05/07/2019 09:50
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 05/07/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 19/06/2019 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: estrela dalva

Bairro: Raiar do Sol

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino
Profissão: Autônomo
Nome da Mãe: Luiza Julia dos Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Universo
Bairro: Raiar do Sol

Nº: 1421

Nome Civil: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 25/10/2005
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Veronica de Souza Silva Nome do Pai: João dos Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Universo
Bairro: Raiar do Sol

Nº: 1421

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020109/2019

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	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado informa que no local e data supracitados a sua filha, Keiciane Sousa dos Santos, conduzia a sua bicicleta quando em determinado um automóvel desconhecido colidiu na traseira da bicicleta de sua filha jogando-a na calçada. Tal colisão causou lesões corporais em sua filha, pois a mesma sofreu ruptura em alguns ligamentos de sua perna esquerda, além de um profundo corte na mesma. A equipe do SAMU compareceu no local, fez os primeiros socorros e a encaminhou ao HGR. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

DAT
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Agente de Polícia
Matrícula 42000787
Responsável pelo Atendimento
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

João dos Santos
João dos Santos
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de ciência que sou o(s) autor(es) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Calúnia, 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020109/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2019 10:16 Data/Hora Fim: 24/10/2019 10:23
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 05/07/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 19/05/2019 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: estrela dalva

Bairro: Raiar do Sol

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 25/10/2005

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Veronica de Souza Silva

Nome do Pai: João dos Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Universo

Bairro: Raiar do Sol

Nº: 1421

Nome Civil: JOÃO DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Profissão: Autônomo

Nome da Mãe: Luiza Julia dos Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Universo

Bairro: Raiar do Sol

Nº: 1421

Nome Civil: TELVIA SANTIAGO GUEDES (COMUNICANTE (AUSENTE), PROCURADOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Santarém

Sexo: Feminino

Profissão: Empresário



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 020109/2019-A01

Nome da Mãe: Terezinha Silva Santiago

Nome do Pai: Edmilson José Santiago

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 739.248.066-91

RG - Carteira de Identidade: 524555-9

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av: Bento Brasil

Bairro: Centro

Nº: 248

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado informa que no local e data supracitados a sua filha, Keiciane Sousa dos Santos, conduzia a sua bicicleta quando em determinado um automóvel desconhecido colidiu na traseira da bicicleta de sua filha jogando-a na calçada. Tal colisão causou lesões corporais em sua filha, pois a mesma sofreu ruptura em alguns ligamentos de sua perna esquerda, além de um profundo corte na mesma. A equipe do SAMU compareceu no local, fez os primeiros socorros e a encaminhou ao HGR. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT.

A COMUNICANTE SENHORA TELVIA QUE É PROCURADORA DO SENHOR JOÃO DOS SANTOS (CÓPIA ANEXA), COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/CORRIGIR A DATA DESSE BOLETIM DE Ocorrência. O QUE FOI FEITO ACIMA, SIMPLEMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O ADITAMENTO/CORREÇÃO.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 4280908
Fone: 042000990

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 4280908
Responsável pelo Atendimento

24 OUT. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDO

Telvia Santiago Guedes
(Procurador / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020109/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2019 10:16 Data/Hora Fim: 24/10/2019 10:23
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 05/07/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 19/05/2019 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: estrela dalva

Bairro: Raiar do Sol

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: KEICIANE SOUSA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro(a)

Sexo: Feminino

Nasc: 25/10/2005

Nome da Mãe: Veronica de Souza Silva

Nome do Pai: João dos Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Universo

Bairro: Raiar do Sol

Nº: 1421

Nome Civil: JOÃO DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Profissão: Autônomo

Nome da Mãe: Luiza Julia dos Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Universo

Bairro: Raiar do Sol

Nº: 1421

Nome Civil: TELVIA SANTIAGO GUEDES (COMUNICANTE (AUSENTE), PROCURADOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Santarém

Sexo: Feminino

Profissão: Empresário



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 020109/2019-A01

Nome da Mãe: Terezinha Silva Santiago

Nome do Pai: Edmilson José Santiago

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 739.248.066-91

RG - Carteira de Identidade: 524555-9

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av: Bento Brasil

Bairro: Centro

Nº: 248

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado informa que no local e data supracitados a sua filha, Keiciane Sousa dos Santos, conduzia a sua bicicleta quando em determinado um automóvel desconhecido colidiu na traseira da bicicleta de sua filha jogando-a na calçada. Tal colisão causou lesões corporais em sua filha, pois a mesma sofreu ruptura em alguns ligamentos de sua perna esquerda, além de um profundo corte na mesma. A equipe do SAMU compareceu no local, fez os primeiros socorros e a encaminhou ao HGR. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT.

A COMUNICANTE SENHORA TELVIA QUE É PROCURADORA DO SENHOR JOÃO DOS SANTOS (CÓPIA ANEXA), COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/CORRIGIR A DATA DESSE BOLETIM DE Ocorrência. O QUE FOI FEITO ACIMA, SIMPLEMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O ADITAMENTO/CORREÇÃO.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio
Agente de Polícia
Matr. 04207090

Jefferson Inacio Araujo

Agente de Polícia

Matrícula 42090

Responsável pelo Atendimento

24 OUT. 2019

Telvia Santiago Guedes

(Procurador / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (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."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Excluação (Art. 1º) de cobertura:

☐ DANO DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTO

2 - Nº do contrato de seguro

3 - CPF do segurado
017.393.492-06

4 - Nome completo do segurado

KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE (BOVAT) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

5 - Nome completo:

KEICIANE SOUSA DOS SANTOS

6 - Profissão:

ESTUDANTE

7 - Endereço:

RUA UNIVERSO

8 - CPF:

017.393.492-06

9 - Bairro:

RAIA DO SOL

10 - Cidade:

BOA VISTA

11 - Estado:

RR

12 - Complemento:

13 - Cursos:

confiancaest@hotmail.com

14 - CEP:

69.316-006

15 - Data de nascimento:

19/08/1981

16 - Nome completo do Representante Legal:

JOÃO DOS SANTOS

17 - CPF do Representante Legal:

662.479.002-44

18 - Característica do Representante Legal:

Autônomo

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

19 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ NULO/INFORMAR

☐ SLIM RENDA

☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.000,00

☐ R\$ 2.500,00 A R\$ 5.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

20 - BANCO BANCOS:

☐ BIC BENEFICIÁRIO DA IDENTIFICAÇÃO

☐ BIC BIC BENEFICIÁRIO DA IDENTIFICAÇÃO

☐ BIC BIC BENEFICIÁRIO DA IDENTIFICAÇÃO

☐ BIC BIC BENEFICIÁRIO DA IDENTIFICAÇÃO

21 - CONTA POLÍCIA (se não for de banco devedor, não preencher):

☐ Bradesco (247)

☐ Itaú (247)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (004)

☒ CONTA CORRENTE (se não for de banco devedor, não preencher)

Nome do BANCO:

Itaú

AGÊNCIA:

000

CONTA:

000

AGÊNCIA:

0526

CONTA:

27732

9

Informar o tipo de conta:

Informar o tipo de conta:

Informar o tipo de conta:

Informar o tipo de conta:

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

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

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias Laudos do Seguro DPVAT, Lu

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias Laudos do Seguro DPVAT, Lu

05 SET 2019

Prezados Senhores, solicito e encaminho para análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, conforme consta no documento anexo (ANEXAR CÓPIA). Para a verificação da situação de invalidez permanente, solicito a realização de perícia médica, conforme Lei nº 254/74, Art. 5º, inciso II, e esta autorização para a realização de perícia médica, conforme Lei nº 254/74, Art. 5º, inciso II, e esta autorização para a realização de perícia médica, conforme Lei nº 254/74, Art. 5º, inciso II.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Beneficiário com a vítima:

24 - Vítima do acidente (se não for de banco devedor, não preencher):

☐ Sim

☐ Não

25 - Vítima do acidente (se não for de banco devedor, não preencher):

☐ Sim

☐ Não

26 - Vítima do acidente (se não for de banco devedor, não preencher):

☐ Sim

☐ Não

27 - Vítima do acidente (se não for de banco devedor, não preencher):

☐ Sim

☐ Não

28 - Vítima do acidente (se não for de banco devedor, não preencher):

☐ Sim

☐ Não

29 - Vítima do acidente (se não for de banco devedor, não preencher):

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima do acidente (se não for de banco devedor, não preencher):

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima do acidente (se não for de banco devedor, não preencher):

☐ Sim

☐ Não

32 - Vítima do acidente (se não for de banco devedor, não preencher):

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT, por morte de único beneficiário, conforme Lei nº 254/74, Art. 5º, inciso II, e esta autorização para a realização de perícia médica, conforme Lei nº 254/74, Art. 5º, inciso II, e esta autorização para a realização de perícia médica, conforme Lei nº 254/74, Art. 5º, inciso II.

33 - 1º Nome:

CPF:

34 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Testemunha

40 - Local e data, **Boa Vista, RR, 03 de Setembro de 2019.**

41 - Assinatura de quem assina a região pedida

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO
Wagner Mendes Coelho

Tabelião
José Coelho de Souza Neto

Av. Atalá de Talva, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 625 5808
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-104** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **171-V**, sob o Nº. **63156**, está Registrado o assento de **KEICIANE SOUSA DOS SANTOS**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **vinete e um de outubro de dois mil e cinco** às **09:51**, Hospital **Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth**, em **Boa Vista-RR**, filho(a) de **JOÃO DOS SANTOS** e **VERÔNICA DE SOUZA SILVA**, avós paternos: ******* e **Luiza Julia dos Santos**, e avós maternos: **Paulo Alferes Silva** e **Glória Silva de Souza**.

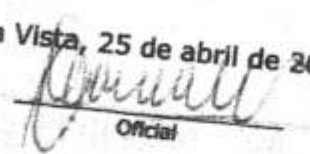
O registro foi efetuado no dia **25 de abril de 2007**

Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª Via**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 25 de abril de 2007


Oficial

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Caramuru, 404 - Boa Vista - SP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO
Wagner Mendes Coelho

Tabelião
José Coelho de Souza Neto

Av. Atalá de Talva, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 625 5808
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-104** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **171-V**, sob o Nº. **63156**, está Registrado o assento de **KEICIANE SOUSA DOS SANTOS**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **vinete e um de outubro de dois mil e cinco** às **09:51**, Hospital **Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth**, em **Boa Vista-RR**, filho(a) de **JOÃO DOS SANTOS** e **VERÔNICA DE SOUZA SILVA**, avós paternos: ******* e **Luiza Julia dos Santos**, e avós maternos: **Paulo Alferes Silva** e **Glória Silva de Souza**.

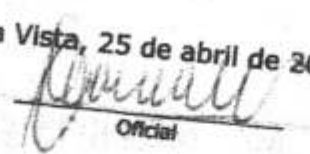
O registro foi efetuado no dia **25 de abril de 2007**

Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª Via**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 25 de abril de 2007


Oficial

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

GENTE SEGURODORA S/A

Av. Caramuru, 404 - Boa Vista - RR