

## Alessandro Silva

---

**Para:** luciana.braga@angelusseguros.com.br;  
franciele.ramalho@angelusseguros.com.br  
**Assunto:** SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA

Bom dia, Luciana e Franciele.

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

**“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”**

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br), devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

## Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

[alessandro.silva@seguradoralider.com.br](mailto:alessandro.silva@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

---

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

---

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138938/20

**Vítima:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES

**CPF:** 978.584.552-49

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 18/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

### KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020  
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES  
CPF: 739.248.066-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

TELVA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190 7193 14

Data da solicitação: 30/05/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: KARLA MICHELE COELHO GOMES

CPF do beneficiário: 978.584.552-43

Nome do solicitante: TELVIA SANTIAGO GUEDES

CPF do solicitante: 739.248.066-91

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 98118-1200  
DDD

Tel. Comercial: ( )  
DDD

Tel. Residencial: ( )  
DDD

E-mail: CONFIANCACST@HOTMAIL.COM

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)  
documentos estão  
sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☒ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CAROS ANALISTAS.

DIANTE DA APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML, VENHO  
SOLICITAR REANÁLISE DA NEGATIVA FEITA, VISTO QUE VÓS  
DERAM A NEGATIVA BASEADOS APENAS NOS DOCUMENTOS  
ENVIADOS E NÃO MANDARAM A SR KARLA PARA EXAME  
MÉDICO PRESENCIAL. AFIRMO QUE A MESMA FICOU COM  
DEBILIDADE.

AGUARDO RETORNO.  
ATENCIOSAMENTE

TELVIA

BOA VISTA-RR, 10 DE MAIO DE 2020.

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)  
Telvia G. Guedes (PROCURADORA)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR  
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



**LAUDO DE EXAME DECORPO DE DELITO- COMPLEMENTAR-Nº 1366/2020/IML/RR.**

**Destino: DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO-DAT/PC/RR.**

**AUTORIDADE REQUISITANTE:**

- **Delegado (a) de Polícia Civil: RONALDO SCIOTTI P. SILVA FILHO.**
- **Requisição: Nº 003/2020/DAT. Referência: Nº 031696/2020 DP: DAT**

NOME: <b>KARLA MICHELLE COELHO GOMES</b>	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: <b>BRASILEIRA</b>	NATURALIDADE: <b>NÃO INFORMADO</b>
IDADE: <b>30 ANOS</b>	SEXO: <b>FEMININO</b>
ESTADO CIVIL: <b>UNIÃO ESTÁVEL</b>	COR: <b>BRANCA</b>
PROFISSÃO: <b>NÃO INFORMADO</b>	ESCOLARIDADE: <b>NÃO INFORMADO</b>
DOCUMENTAÇÃO: <b>RG. Nº 264899 - SSP/RR</b>	TELEFONE: <b>(95)99123-6755</b>
FILIAÇÃO: <b>FRANCISCO DOS SANTOS GOMES E MARIA TEREZA COELHO GOMES</b>	
ENDEREÇO: <b>RUA PARIMA - Nº 48 - BAIRRO SÃO VICENTE - BOA VISTA/RR</b>	
DATA/ HORA DO EXAME: <b>13/03/2020, às 07 horas e 33 minutos.</b>	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo(a)Diretor(a), prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

**HISTÓRICO:**

- Tendo em vista os termos dos laudos anteriores nº **6407/2019/IML/RR**, do dia **21/11/2019**, voltou nesta data para exame complementar.

**DESCRIÇÃO:**

- Raio-X com fratura de bacia;
- Marcha atípica;
- Lamentação para agachamento e para rotação externa de membro inferior esquerdo;
- Lamentação para esforços repetitivos com membro inferior esquerdo.

**CONCLUSÃO:**

- Lesões contusa antiga.

**QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:**

- **PRIMEIRO:** Da lesão sofrida, resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM, CONFORME RELATO DA PERICIANDA.**
- **SEGUNDO:** Resultará incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, e em que consiste? **SIM, SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**
- **TERCEIRO:** Qual o estado de saúde atual do ofendido? **SEQUELADO.**
- **QUARTO:** Qual o tempo necessário para o seu restabelecimento? **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, Otaniel Mendes de Souza Junior.

Francisco P. Fortes Jr.  
Médico COM-RR  
13032020

IML-RR

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69.309-005 - Boa Vista/RR.  
Tel. (95) 2121-3409 (Recepção), (95) 2121-3430 (Direção).



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200177759 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 19/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA PELVE, RAMO ÍSQUIO-PÚBICO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** ABA OUTROS - LAUDO IML Nº 031696/2020 - 13/03/2020

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200177759 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 19/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA PELVE, RAMO ÍSQUIO-PÚBICO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** ABA OUTROS - LAUDO IML Nº 031696/2020 - 13/03/2020

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



1901163293 18/09/2019 11:18:30 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 20

Paciente: KARLA MICHELE COELHO GOMES  
Data Nascimento: 11/09/1989 Idade: 30 A 0 M 7 D  
CNS: 702806610875360 CPF: 97858455249 Prontuário: 00017502  
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: 264899 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA  
Mãe: MARIA TERESA DOS SANTOS  
Endereço: - RUA AUREO CRUZ - 1076 - - BOA VISTA - RR  
Pai: FRANCISCO DOS SANTOS GOMES Contato: (95) 99123-4000  
Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO  
Setor: GRANDE TRAUMA  
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA  
Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA  
Profissional do Atend.:  
Procedência:  
Temp.:  
Peso:  
Pressão:  
Procedimento Sol.:  
Registrado por: EDVAN NASCIMENTO

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *for na p/raiz*

GSC  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)  
*Paciente refer dor e vermelhidão no cotovelo direito após acidente de moto e queda no asfalto.*

Exame Físico: *BGG, LAC, LITAT*

Hipótese Diagnóstica: *Politrauma Fratura húmero, com lesão pulso e car*

SADT - Exames Complementares  
☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>DD: p/raiz (1x1)</i>	<i>11/10</i>	<i>em tratamento com analgésico e redução</i>
<i>Artic. do cotovelo</i>		
<i>MARLA M</i>		
<i>51102.0817.04</i>		
<i>0017502</i>		

*Dr. José Roberto Aguiar*  
CRM-RR 566

Conduta: ☒ Alta por indicação médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: *Unidade de Terapia Intensiva*  
☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: *11/10 11:18*

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_ Carimbo e Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Impresso por: edvan.nascimento  
Data Hora: 18/09/2019 11:19:27









GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL  
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NOME: KARLA Lucitônio Coral RECEBIMENTO

L A U N O

Paciente e futura da  
Gacia, grávida,  
precisa de uma cadeira  
de rodas para se locomover

18/06/19  
DATA

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar  
CRM-MG 566  
Assessoria e Gestão

CLÍNICA ESPECIALIZADA GONONEL AROSA  
Rua Coronel Pinho, 530 - Centro - 71.615-111  
CET: 60.301-160 - CNPJ: 04.013.400/0001-00



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## RECEITUÁRIO

NOME:

KARLA NICHÉLE COELHO GOMES

LAUDO MÉDICO

Paciente rotineiramente o dia  
18/09/19, apresentando brônquios  
de basilar.

CID S 32.5

Presença de ruído crepante  
Tubo aproximada de 10 cm  
de 100 cm de 90 (noventa)  
de 100.

DATA

27/09/19

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre  
CRM-RR 566

ASSINATURA E CARIMBO

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

## Alessandro Silva

---

**Para:** luciana.braga@angelusseguros.com.br;  
franciele.ramalho@angelusseguros.com.br  
**Assunto:** SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA

Bom dia, Luciana e Franciele.

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

**“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”**

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br), devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

## Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

[alessandro.silva@seguradoralider.com.br](mailto:alessandro.silva@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

---

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

---



CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CPF: 00005763937899

CEP: 69.301-850 - BOA VISTA

**DADOS DA LEITURA (KWH)**

Atual:	20134
Anterior:	19771
Dias de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	363
Consumo Faturado:	363

**DATAS DA LEITURA**

Atual:	29/10/2019
Anterior:	26/09/2019
Próxima leitura:	29/11/2019
Emissão:	28/10/2019
Apresentação:	29/10/2019
R:	12.001.02.11.603050

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	B1
Número Medidor:	14TUB00002
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENCIONAL

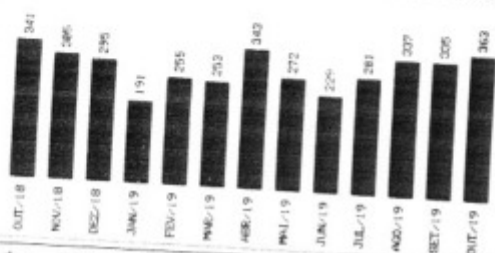
CONSUMO  
ILUMINACAO PUBLICA

363 A R\$ 0,764602 = 277,55  
25,28

OUTRAS INFORMACOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 363 - 0,634620

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 286



**MENSAGENS  
IMPORTANTES**  
**REAVISO DE  
VENCIMENTO**

Mes/Ano 08/2019 Valor R\$ 285,64  
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 218,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

H32N, 5M82, 6A34, 7405, 40F9, 4302, CD4A, 4582

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	151,21	Encargos:	7,85
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:	17,00%	47,18
PIS:	0,000000%	0,00
COFINS:	0,000000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	6,00	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,43			1,00			0,00	
Conjunta		CENTRO						

R: 12.001.02.11.603050

PO4H



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

302,83

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

26/11/2019

Nº da Nota Fiscal:

003941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



RDV: 00216

LEITURA: 20134

DT-VENC: 26-11-2019

UT: 0126055-3

NORMAL

IMPR: 000

DT-LEIT: 29-10-2019

TOTAL: 302,83

COLETOR: 1301

T-ENTR: 07

CARGA: 810

RM420 - RRE (NOVA)

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

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu TELÚIA SANTIAGO GUEDES

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

KARLA MICHELE COELHO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDER da Vítima KARLA MICHELE COELHO GOMES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49, 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>
E-mail: <u>confiancacst@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.301-050</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: BOA VISTA-RR, 17 de dezembro de 2019.

Assinatura do Declarante



## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 173.1

EQUIPE SAMU BV  
BRAVO II

EQUIPE: Bituma Bispo

Paciente: Karla micheli colho Gomes

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 30

Sexo: F

Endereço: Rua Presidente Dutra

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

Nº 10 030

DATA 18/09/19

Bairro: Paricó

Médico (a) Regulador (a): Plúson

HORA J/S: 10:47

BASE: VIA ( )

( ) RÁDIO

HORA J/10: 11:00

X CELULAR

MOTIVO

Colisão carro x moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X)

1 a 3 horas ( )

4 a 24 horas ( )

Mais de 24 horas ( )

Não sabe ( )

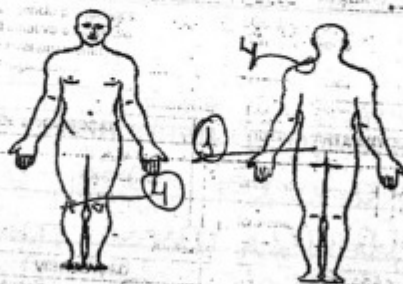
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA			
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito	<input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica
<input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Transferência
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAF	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exame complementar
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAB	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Urgência cirúrgica	<input type="checkbox"/> Outros

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

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAIL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Mioses
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2"	<input type="checkbox"/> Midríase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Apetite Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

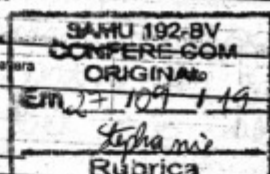
Hora	P.A. mmHg	F.C. Bpm	F.R. Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 11:05	120x86	79	20	98			2	15
Fim 11:12	120x85	79	20	99			2	15

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



AVALIAÇÃO CARDÍACA	APÊNDICE CLÍNICO	HISTÓRIA PREVIOSA
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> HAS
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Medicação de uso
<input type="checkbox"/> IFV	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Alergia
<input type="checkbox"/> ITV	<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> AESP		
<input type="checkbox"/> Asistolia		

GRAVIDADE COMPROVADA	Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)
<input type="checkbox"/> Baixa	Dr. Luiz Fernando Borges Cirurgia Geral RQE: 759 / CRM-RS 1583



SEÇÃO 1	SEÇÃO 2
<input type="checkbox"/> Cancelamento	<input type="checkbox"/> Polícia Militar
<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal
<input type="checkbox"/> Não se encontra no local	<input type="checkbox"/> SMTRAN
<input type="checkbox"/> Trota	<input type="checkbox"/> Bombeiros
	<input type="checkbox"/> Outros:

SEÇÃO 3	SEÇÃO 4
<input type="checkbox"/> Iniciada às:	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso
<input type="checkbox"/> Término às:	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso

SEÇÃO 5	SEÇÃO 6	SEÇÃO 7
<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Pol. Cores e Silva - PCCS	<input type="checkbox"/> Hosp. Unimed
<input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSCA	<input type="checkbox"/> Hosp. Lote 115 - HLI
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento / HGR	<input type="checkbox"/> HMNSN	<input type="checkbox"/> Outros

**TERMO DE RECUSA**

Função do Receptor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Receptor: \_\_\_\_\_

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 ☐ Criotireostomia 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° \_\_\_\_\_ ☐ Acesso venoso Scalp n° \_\_\_\_\_ ☐ Acesso intraósseo

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
/				/			

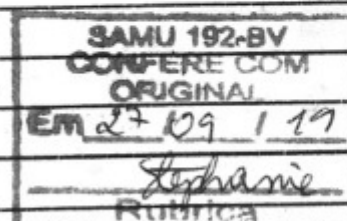
### OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

As 10:47H fomos acionados para darmos apoio a Braco III em uma colisão carro x moto; no local já encontramos a paciente com o protocolo de trauma realizado, colar cervical e prancha rígida, paciente gestante de 30 semanas, sem placentas vaginais, apresentando dor em região lombar + femur esquerdo, sem sinais de trauma, SSVU estáveis e conforme orientação do médico regulador paciente removida ao GT com vida.

*Belaura*

Belaura Sora Magalhães Pereira  
Téc. de Enfermagem Instrumentadora Cirúrgica  
COREN-RR 418.571-TEC

2 pares de luva m  
2 " " " G  
2 máscaras descartáveis





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Tratado de 1979 (art. 1º) de cobertura:

☐ DIÁRIOS (DIÁRIOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E EXPLORAÇÃO DE RECURSOS)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTALIDADE

2 - Nº do registro do ASL:

3 - CPF do segurado:

378.584.552-49

4 - Nome completo da vítima:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES

7 - Profissão:

SECRETARIA

8 - Endereço:

RUA PARIMA

6 - CPF:

378.584.552-49

11 - Cidade:

SAO VICENTE

12 - Estado:

BOA VISTA

9 - Número:

48

10 - Complemento:

15 - E-mail:

confianca.cst@lotmail.com

13 - Estado:

R-E

14 - CPF:

69.303-320

15 - Tel (fixo):

(95) 98118-1200

16 - Dados do Representante Legal (nome, endereço e CPF) para a assinatura do seguro DPVAT (se houver):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins do seguro, que a vítima acima informada, encontra-se empregada como (ANEXAR CÓPIA).

20 - Descrição da atividade da vítima:

☒ RECURSO INTERMEDIÁRIO

☐ SEM RECURSO

☐ ACIDENTE A RESOLUÇÃO

☐ RESOLUÇÃO ATÉ R\$ 2.500,00

☐ R\$ 2.500,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - Indicação de residência:

☒ RESIDÊNCIA EM PRÓPRIO NOME

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☒ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

☐ RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIRO (se houver, indicar nome e endereço)

40 - Local e data: BOA VISTA - RR, 14 de dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FTS.001 V002/2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 13:38

Data/Hora Fim: 20/09/2019 13:53

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 10:19

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. PRES DUTRA

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KARLA MICHELLE COELHO GOMES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 11/09/1989

Profissão: Secretária

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Tereza Coelho Gomes

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PARIMA

Bairro: SAO VICENTE

Nº: 48

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 978.584.552-49

Placa NAY3575

Renavam 01005963123

Número do Motor JC48E2E020129

Número do Chassi 9C2JC4820ER020129

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 20/05/2014

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Karla Michelle Coelho Gomes

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu a esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia uma MOTOCICLETA PLACA NAY-3575 e seguia pela Av. Presidente Dutra QUANDO no cruzamento com a Rua Vitor Hugo a motocicleta que a



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima  
Data de Impressão: 20/09/2019 13:53  
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

comunicante estava foi COLIDIDA por um VEICULO FIAT MOBY (placa não identificada) que invadiu a preferencial. Que o condutor do veículo Fiat Moby se evadiu do local sem prestar socorro a comunicante. Que devido ao acidente a comunicante que está Grávida (5 meses) sofreu 02 Fraturas na sua Bacia. Que a comunicante foi socorrida ao Hospital pelo SAMU. Era o relato.

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000612  
Responsável pelo Atendimento

Karla Michelle Coelho Gomes  
(Comunicante / Vítima)

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 978.584.552-49 4 - Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES 6 - CPF: 978.584.552-49

7 - Profissão: SECRETARIA 8 - Endereço: RUA PARIMA 9 - Número: 48 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO VICENTE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-320

15 - E-mail: confiancascst@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEMANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00033794

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gênero 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 resíduo (pósterior)? ☐ 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 atestado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 17 de dezembro de 2019.

x Karla Michelle Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

## PROCURAÇÃO

**Outorgante**, **KARLA MICHELLE COELHO GOMES**, brasileira, casada, Secretária, portadora da cédula de identidade nº 264899 SSP/RR e CPF nº 978.584.552-49, **Rua: Parima nº 4** Bairro: São Vicente, Boa Vista -RR, CEP: 69.312-178 Tel.: (95) 99123-4000/ 99123-6755.

**VITIMA: KARLA MICHELLE COELHO GOMES** CPF Nº 978.584.552-49 **DO SINISTRO:.** 18/09/2019.

**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.

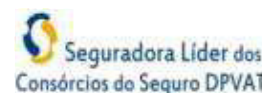
Boa Vista-RR, 5 de dezembro de 2019.



*Karla Michelle Coelho Gomes*  
**KARLA MICHELLE COELHO GOMES**



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138938/20

**Vítima:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES

**CPF:** 978.584.552-49

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 18/09/2019

**Titular do CPF:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

### KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020  
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES  
CPF: 739.248.066-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

TELVA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200177759 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 19/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA PELVE, RAMO ÍSQUIO-PÚBICO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** ABA OUTROS - LAUDO IML Nº 031696/2020 - 13/03/2020

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200177759 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 19/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA PELVE, RAMO ÍSQUIO-PÚBICO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** ABA OUTROS - LAUDO IML Nº 031696/2020 - 13/03/2020

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138938/20

**Vítima:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES

**CPF:** 978.584.552-49

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 18/09/2019

**Titular do CPF:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

### KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020  
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES  
CPF: 739.248.066-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

TELVA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190 7193 14

Data da solicitação: 30/05/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: KARLA MICHELE COELHO GOMES

CPF do beneficiário: 978.584.552-43

Nome do solicitante: TELVIA SANTIAGO GUEDES

CPF do solicitante: 739.248.066-91

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 98118-1200  
DDD

Tel. Comercial: ( )  
DDD

Tel. Residencial: ( )  
DDD

E-mail: CONFIANCACST@HOTMAIL.COM

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☒ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CAROS ANALISTAS.

DIANTE DA APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML, VENHO SOLICITAR REANÁLISE DA NEGATIVA FEITA, VISTO QUE VOCÊS DERM A NEGATIVA BASEADOS APENAS NOS DOCUMENTOS ENVIADOS E NÃO MANDARAM A SR KARLA PARA EXAME MEDICO PRESENCIAL. AFIRMO QUE A MESMA FICOU COM DEBILIDADE.

AGUARDO RETORNO.  
ATENCIOSAMENTE

TELVIA

BOA VISTA-RR, 10 DE MAIO DE 2020.

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)  
Telvia Guedes (PROCURADORA)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR  
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



**LAUDO DE EXAME DECORPO DE DELITO- COMPLEMENTAR-Nº 1366/2020/IML/RR.**

**Destino: DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO-DAT/PC/RR.**

**AUTORIDADE REQUISITANTE:**

- **Delegado (a) de Polícia Civil: RONALDO SCIOTTI P. SILVA FILHO.**
- **Requisição: Nº 003/2020/DAT. Referência: Nº 031696/2020 DP: DAT**

NOME: <b>KARLA MICHELLE COELHO GOMES</b>	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: <b>BRASILEIRA</b>	NATURALIDADE: <b>NÃO INFORMADO</b>
IDADE: <b>30 ANOS</b>	SEXO: <b>FEMININO</b>
ESTADO CIVIL: <b>UNIÃO ESTÁVEL</b>	COR: <b>BRANCA</b>
PROFISSÃO: <b>NÃO INFORMADO</b>	ESCOLARIDADE: <b>NÃO INFORMADO</b>
DOCUMENTAÇÃO: <b>RG. Nº 264899 - SSP/RR</b>	TELEFONE: <b>(95)99123-6755</b>
FILIAÇÃO: <b>FRANCISCO DOS SANTOS GOMES E MARIA TEREZA COELHO GOMES</b>	
ENDEREÇO: <b>RUA PARIMA - Nº 48 - BAIRRO SÃO VICENTE - BOA VISTA/RR</b>	
DATA/ HORA DO EXAME: <b>13/03/2020, às 07 horas e 33 minutos.</b>	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo(a)Diretor(a), prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

**HISTÓRICO:**

- Tendo em vista os termos dos laudos anteriores nº **6407/2019/IML/RR**, do dia **21/11/2019**, voltou nesta data para exame complementar.

**DESCRIÇÃO:**

- Raio-X com fratura de bacia;
- Marcha atípica;
- Lamentação para agachamento e para rotação externa de membro inferior esquerdo;
- Lamentação para esforços repetitivos com membro inferior esquerdo.

**CONCLUSÃO:**

- Lesões contusa antiga.

**QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:**

- **PRIMEIRO:** Da lesão sofrida, resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM, CONFORME RELATO DA PERICIANDA.**
- **SEGUNDO:** Resultará incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, e em que consiste? **SIM, SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**
- **TERCEIRO:** Qual o estado de saúde atual do ofendido? **SEQUELADO.**
- **QUARTO:** Qual o tempo necessário para o seu restabelecimento? **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, Otaniel Mendes de Souza Junior.

Francisco P. Fortes Jr.  
Médico COM-15-RR  
13032020

**IML-RR**

Av.Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69.309-005 - Boa Vista/RR.  
Tel. (95) 2121-3409 (Recepção), (95) 2121-3430 (Direção).



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RR Nº 013975799381  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD-RENAVAM 01005963123 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF/CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

PLACA ANT./UF NAY3575-RR CHASSI 9C2JC4820ER020129

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTONETA/NGO-APIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP/POT/CIL. RP/0124CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA \*PAGO\* VENC. COTA ÚNICA \*PAGO\* VENC. / COTAS 1\* \*\*\*\*\*

FAIXA / PVA PARCELAMENTO / COTAS 2\* \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 10/09/2019

**SEGURO OBRIGATORIO**

SEM RESERVA DE DUMINCO \*PROIB SAIR DA VAZÃO DO LUGAR\* DOCUMENTO É PONTE OBRIGATORIO NAO VALER PARA TRANSFERENCIA

Do Gomes Brasil  
Diretor Presidente Interina  
DETRAN-RR

DATA 20/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975799381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/09/2019

VIA 01 CPF/CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

RENAVAM 01005963123 MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2014 CAT. TARE 9C2JC4820ER020129

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$) R\$36.05 DENATRAM (R\$) R\$4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) R\$84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/09/2019

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME  
**TELVA SANTIAGO GUEDES**

RELACION  
**EDNILSON JOSÉ SANTIAGO**  
**TEREZINHA SILVA SANTIAGO**

NATURALIDADE  
**SANTARÉM - PA** 18/11/1970

DOC. ORIGEM  
**CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02**  
**SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM**

CPF  
**739.248.066-91**

**1 VIA**

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Perito Papiloscópico da Polícia Civil  
Chefe do SDC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME <b>MARIA MICHELLE COELHO GOMES</b>	
	DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR/UF <b>264899 SSP RJ</b>
	CPF <b>978.584.552-49</b>
	DATA NASCIMENTO <b>11/09/1989</b>
FILIAÇÃO <b>FRANCISCO DOS SANTOS GOMES</b> <b>MARIA TERESA COELHO GOMES</b>	
PERMISSÃO <b>ACC</b>	
CAT. HAB. <b>A2</b>	
Nº REGISTRO <b>05270246738</b>	VALIDADE <b>06/05/2021</b>
PHASELITAÇÃO <b>08/08/2011</b>	
OBSERVAÇÕES	
Assinatura do Portador: <i>Maria Michelle Coelho Gomes</i>	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL <b>BOA VISTA - RORAIMA</b>	DATA DE EMISSÃO <b>09/05/2016</b>
LINE EMISSOR/UF/UF EMISSOR/UF <b>67130368506</b> <b>RR208837965</b>	
ASSINATURA DO EMISSOR	
<b>DETRAN-RR (RORAIMA)</b>	

VÁLIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1239479827

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1239479827



1901163293 18/09/2019 11:18:30 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 20

Paciente: KARLA MICHELE COELHO GOMES  
Data Nascimento: 11/09/1989 Idade: 30 A O M 7 D  
CNS: 702806610875360 CPF: 97858455249 Prontuário: 00017502  
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: 264899 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) PARDADA Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA  
Mãe: MARIA TERESA DOS SANTOS  
Endereço: - RUA AUREO CRUZ - 1076 - - BOA VISTA - RR  
Pai: FRANCISCO DOS SANTOS GOMES Contato: (95) 99123-4000  
Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO  
Setor: GRANDE TRAUMA  
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA  
Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA  
Profissional do Atend.:  
Procedência:  
Temp.:  
Peso:  
Pressão:  
Procedimento Sol.:  
Registrado por: EDVAN NASCIMENTO

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *Por via privada*

GSC  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)  
*Paciente referiu dor e vermelhidão no cotovelo direito após acidente de moto e queda no asfalto.*

Exame Físico: *BGG, LAC, LITATAS*

Hipótese Diagnóstica: *Politrauma Fratura húmero, com lesão pulso e carpo*

SADT - Exames Complementares  
☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>DD: 18/09/2019 (18h)</i>	<i>18/09</i>	<i>em tratamento com analgésico e redução</i>
<i>Artic. do cotovelo</i>		
<i>MARLA M</i>		
<i>51702.0817.04</i>		
<i>0017502</i>		

*Dr. José Roberto Aguiar*  
CRM-RR 566

*Dr. Edvan Nascimento*  
CRM-RR 2068

Conduta: ☒ Alta por indicação médica ☐ Alta a Pedido de Transferência ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: *Unidade de Pronto Socorro*  
☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: *18/09/2019 11:19:27*

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_ Carimbo e Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Impresso por: edvan.nascimento  
Data Hora: 18/09/2019 11:19:27









GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL  
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NOME: KARLA Lucitônio Coral RECEBIMOS

L A U N O

Paciente e futura da  
Gacia, grávida,  
precisa de uma cadeira  
de rodas para se locomover

18/06/19  
DATA

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar  
CRM-MG 566  
Assessoria e Gestão

CLÍNICA ESPECIALIZADA GONONEL AROSA  
Rua Coronel Pinho, 530 - Centro - 71.615-111  
CET: 60.301-160 - CNPJ: 04.013.400/0001-00



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## RECEITUÁRIO

NOME:

KARLA NICHÉLE COELHO GOMES

LAUDO MÉDICO

Paciente rotineiramente o dia  
18/09/19, apresentando brônquios  
de basilar.

CID S 32.5

Presença de ruído crepante  
Tubo aproximada de 10 cm  
de 100 cm de 90 (noventa)  
de 100.

DATA

27/09/19

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre  
CRM-RR 566

ASSINATURA E CARIMBO

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené 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 Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003941569

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CPF: 00005763937899

CEP: 69.301-850 - BOA VISTA

**DADOS DA LEITURA (KWH)**

Atual:	20134
Anterior:	19771
Dias de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	363
Consumo Faturado:	363

**DATAS DA LEITURA**

Atual:	29/10/2019
Anterior:	26/09/2019
Próxima leitura:	29/11/2019
Emissão:	28/10/2019
Apresentação:	29/10/2019
R:	12.001.02.11.603050

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	B1
Número Medidor:	14TUB00002
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENCIONAL

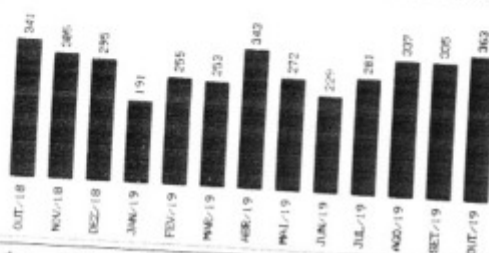
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA

363 A R\$ 0,764602 = 277,55  
25,28

OUTRAS INFORMACOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 363 - 0,634620

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 286



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 08/2019 Valor R\$ 285,64  
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 210,87 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

H32N, 5M82, 6A34, 7405, 40F9, 4302, CD4A, 4582

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	151,21	Encargos:	7,85
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:	17,00%	47,18
PIS:	0,000000%	0,00
COFINS:	0,000000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	6,00	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,43			1,00			0,00	
Conjunta		CENTRO						

R: 12.001.02.11.603050  
PC=H

Período de apuração: 08/2019

EUSD: 110,56



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

302,83

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

26/11/2019

Nº da Nota Fiscal:

003941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



RDV: 00216

LEITURA: 20134

DT-VENC: 26-11-2019

UT: 0126055-3

NORMAL

IMRES: 1 000

DT-LEIT: 29-10-2019

TOTAL: 302,83

COLETOR: 1301

T-ENTR: 07

CARGA: 810

RM420 - RRE (NOVA)

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

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu TELÚIA SANTIAGO GUEDES

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

KARLA MICHELE COELHO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDER da Vítima KARLA MICHELE COELHO GOMES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

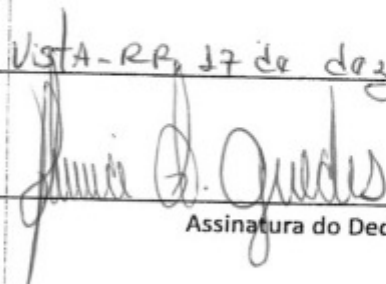
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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>
E-mail: <u>confiancacst@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.301-050</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: BOA VISTA-RR, 17 de dezembro de 2019.

  
Assinatura do Declarante



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato  
conosco informe  
este número



Nº da Nota Fiscal 003447874

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	547	477,02

DORVAL DA SILVA PADILHA  
R. PARIMA 48 SAO VICENTE  
CPF: 00007063393200  
CEP: 69.303-320 - BOA VISTA

ROT: 3.001.09.07.803200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVar/h	DATAS DA LEITURA
Atual:	99442		Atual: 15/08/2019
Anterior:	98895		Anterior: 16/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 15/09/2019
Consumo Medido:	547		Emissão: 14/08/2019
Consumo Faturado:	547	FCAH	Apresentação: 19/08/2019

Tipo de Abastecimento:	NORMAL	Tipo de Tarifa:		Duração (minutos):	30
------------------------	--------	-----------------	--	--------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	F2907856	M 1603928	1.1.1.1.3	872

HISTÓRICO kWh	DESCRICO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/19 805	CONSUMO 547 A R\$ 0,772737 = 422,68
JUN/19 566	CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00 0,02
MAI/19 754	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 0,94
ABR/19 1046	MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00 1,26
MAR/19 811	JUROS DE MORA POR ATR 06/19-00 0,23
FEV/19 1003	MULTA POR ATRASO 06/19-00 7,67
JAN/19 995	JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00 2,17
DEZ/18 773	ILUMINACAO PUBLICA 42,05
NOV/18 984	
OUT/18 1080	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 547 - 0,634620	

Pago em  
15/08/2019

#### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade Consumidora
07/2019	674,41	Unidade Consumidora: F2907856

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

Celular

RESERVADO AO FISCO 8B10.646D.DC7D.F6BD.EBF2.17BD.CC30.F4A6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	107,46	Base de Cálculo:	422,68
Energia:	227,86	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	71,85
Encargos:	11,83	Valor do PIS:	0,64
Tributos:	75,53	Valor do COFINS:	3,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	Normal	Comercial	Grande	Medio	Pequeno	Grande	Medio
Caro	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Barato	0,67			6,00			0,22

Centro 06/2019 159,59

ROT: 3.001.09.07.803200



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

SEU CÓDIGO

0017088-7

TOTAL A PAGAR - R\$

477,02

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

06/09/2019

Nº da Nota Fiscal: 003447874 FCAH

83620000004 7 77020075000 6 000000000017 4 08870819008 2





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 978.584.552-49 4 - Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES 6 - CPF: 978.584.552-49

7 - Profissão: SECRETARIA 8 - Endereço: RUA PARIMA 9 - Número: 48 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO VICENTE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-320

15 - E-mail: confiancacas@lotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPEMANÇA (somente para os bancos abaixo. Anule uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00033794

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Goude Parentesco com 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 resíduo patrimonial? ☐ 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 atestada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 17 de dezembro de 2019.

Karla Michelle Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 13:38

Data/Hora Fim: 20/09/2019 13:53

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 10:19

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. PRES DUTRA

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KARLA MICHELLE COELHO GOMES (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 11/09/1989

Profissão: Secretária

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Tereza Coelho Gomes

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PARIMA

Bairro: SAO VICENTE

Nº: 48

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 978.584.552-49

Placa NAY3575

Renavam 01005963123

Número do Motor JC48E2E020129

Número do Chassi 9C2JC4820ER020129

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 20/05/2014

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Karla Michelle Coelho Gomes

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu a esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia uma MOTOCICLETA PLACA NAY-3575 e seguia pela Av. Presidente Dutra QUANDO no cruzamento com a Rua Vitor Hugo a motocicleta que a



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima  
Data de Impressão: 20/09/2019 13:53  
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

comunicante estava foi COLIDIDA por um VEICULO FIAT MOBY (placa não identificada) que invadiu a preferencial. Que o condutor do veículo Fiat Moby se evadiu do local sem prestar socorro a comunicante. Que devido ao acidente a comunicante que está Grávida (5 meses) sofreu 02 Fraturas na sua Bacia. Que a comunicante foi socorrida ao Hospital pelo SAMU. Era o relato.

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000612  
Responsável pelo Atendimento

Karla Michelle Coelho Gomes  
(Comunicante / Vítima)

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 978.584.552-49 4 - Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES 6 - CPF: 978.584.552-49

7 - Profissão: SECRETARIA 8 - Endereço: RUA PARIMA 9 - Número: 48 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO VICENTE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-320

15 - E-mail: confiancacas@lotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPEMANÇA (somente para os bancos abaixo. Anule uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00033794

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Goude Parentesco com 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 resíduo patrimonial? ☐ 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 atestada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 17 de dezembro de 2019.

Karla Michelle Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177759

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KARLA MICHELLE COELHO GOMES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000033794-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200177759**

**Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES**

**Data do Acidente: 18/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES**

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

**Senhor(a), KARLA MICHELLE COELHO GOMES**

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



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

BANCO: 104

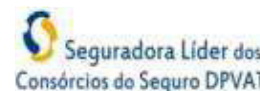
AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000033794-0

---

Nr. da Autenticação 7712365F526FEBE7

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468080/19

**Vítima:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES

**CPF:** 978.584.552-49

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 18/09/2019

**Titular do CPF:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

### KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019  
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES  
CPF: 739.248.066-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

## Alessandro Silva

---

**Para:** luciana.braga@angelusseguros.com.br;  
franciele.ramalho@angelusseguros.com.br  
**Assunto:** SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA

Bom dia, Luciana e Franciele.

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

**“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”**

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br), devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

## Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

[alessandro.silva@seguradoralider.com.br](mailto:alessandro.silva@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

---

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

---

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468080/19

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO  
GOMES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**TELZIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91**

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

**KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019  
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES  
CPF: 739.248.066-91

\_\_\_\_\_  
TELVIA SANTIAGO GUEDES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

\_\_\_\_\_  
GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME  
**TELVA SANTIAGO GUEDES**

RELACION  
**EDNILSON JOSÉ SANTIAGO**  
**TEREZINHA SILVA SANTIAGO**

NATURALIDADE  
**SANTARÉM - PA** 18/11/1970

DOC. ORIGEM  
**CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02**  
**SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM**

CPF  
**739.248.066-91**

**1 VIA**

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Perito Papiloscópico da Polícia Civil  
Chefe do SDC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RR Nº 013975799381  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 01005963123 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF / CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

PLACA ANT./UF NAY3575 - RR CHASSI 9C2JC4820E0020129

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NOU AP/TC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAP / POT / CIL 3P/0124CC/ CATEGORIA PARTICU COR.PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA \*PAGO\* VENC. COTA ÚNICA \*PAGO\* VENC. / COTAS 1\* \*\*\*\*\*

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2\* \*\*\*\*\*

\*\*\* PAGO COTA ÚNICA \*\*\* 3\* \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 10/09/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO \*PROIB SAIR DA A DOCUMENTO É PONTE OBRIGATORIO

MAZIN DCLD NAO VALER PARA TRANSFERENCIA

BOA VISTA-RR DATA 20/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975799381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/09/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

RENAVAM 01005963123 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2014 CAT TARE Nº CHASSI 9C2JC4820E0020129

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$) R\$36,05 DENATRAN (R\$) R\$4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15 IOF (R\$) R\$0,32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) R\$84,58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/09/2019

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

## PROCURAÇÃO

**Outorgante**, **KARLA MICHELLE COELHO GOMES**, brasileira, casada, Secretária, portadora da cédula de identidade nº 264899 SSP/RR e CPF nº 978.584.552-49, **Rua: Parima nº 4** Bairro: São Vicente, Boa Vista -RR, CEP: 69.312-178 Tel.: (95) 99123-4000/ 99123-6755.

**VITIMA: KARLA MICHELLE COELHO GOMES** CPF Nº 978.584.552-49 **DO SINISTRO:** 18/09/2019.

**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.**

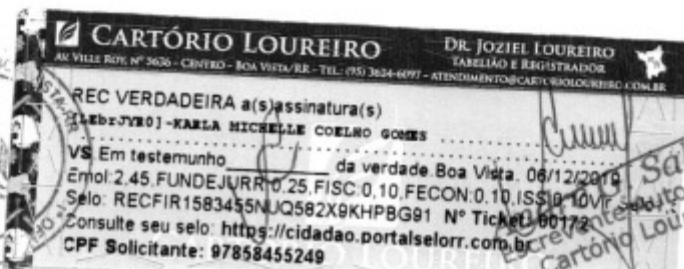
### PODERES:

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.

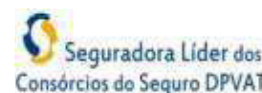
Boa Vista-RR, 5 de dezembro de 2019.



*Karla Michelle Coelho Gomes*  
**KARLA MICHELLE COELHO GOMES**



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468080/19

**Vítima:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES

**CPF:** 978.584.552-49

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 18/09/2019

**Titular do CPF:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

### KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019  
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES  
CPF: 739.248.066-91

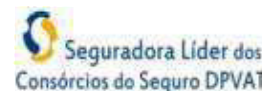
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138938/20

**Vítima:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES

**CPF:** 978.584.552-49

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 18/09/2019

**Titular do CPF:** KARLA MICHELLE COELHO GOMES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

### KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020  
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES  
CPF: 739.248.066-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

TELVIA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

---

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200177759**

**Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES**

**Data do Acidente: 18/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES**

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

**Senhor(a), KARLA MICHELLE COELHO GOMES**

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, 31 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177759

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KARLA MICHELLE COELHO GOMES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000033794-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 978.584.552-49 4 - Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES 6 - CPF: 978.584.552-49

7 - Profissão: SECRETARIA 8 - Endereço: RUA PARIMA 9 - Número: 48 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO VICENTE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-320

15 - E-mail: confiancacas@hotmai.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEIRAS (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00033794

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gênero 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 resíduo (póster)? ☐ 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 atestado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 17 de dezembro de 2019.

Karla Michelle Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 978.584.552-49 4 - Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E ENDEREÇO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES 6 - CPF: 978.584.552-49

7 - Profissão: SECRETARIA 8 - Endereço: RUA PARIMA 9 - Número: 48 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO VICENTE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-320

15 - E-mail: confiancacas@lotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00033794

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Guarda Parentesco com avô(s): 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 resíduo patrimonial? ☐ 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 atestado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 17 de dezembro de 2019.

Karla Michelle Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 13:38

Data/Hora Fim: 20/09/2019 13:53

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 10:19

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. PRES DUTRA

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KARLA MICHELLE COELHO GOMES (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 11/09/1989

Profissão: Secretária

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Tereza Coelho Gomes

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PARIMA

Bairro: SAO VICENTE

Nº: 48

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 978.584.552-49

Placa NAY3575

Renavam 01005963123

Número do Motor JC48E2E020129

Número do Chassi 9C2JC4820ER020129

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 20/05/2014

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Karla Michelle Coelho Gomes

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu a esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia uma MOTOCICLETA PLACA NAY-3575 e seguia pela Av. Presidente Dutra QUANDO no cruzamento com a Rua Vitor Hugo a motocicleta que a



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima  
Data de Impressão: 20/09/2019 13:53  
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

comunicante estava foi COLIDIDA por um VEICULO FIAT MOBY (placa não identificada) que invadiu a preferencial. Que o condutor do veículo Fiat Moby se evadiu do local sem prestar socorro a comunicante. Que devido ao acidente a comunicante que está Grávida (5 meses) sofreu 02 Fraturas na sua Bacia. Que a comunicante foi socorrida ao Hospital pelo SAMU. Era o relato.

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000612  
Responsável pelo Atendimento

Karla Michelle Coelho Gomes  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-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: 031696/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 13:38

Data/Hora Fim: 20/09/2019 13:53

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 10:19

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. PRES DUTRA

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KARLA MICHELLE COELHO GOMES (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 11/09/1989

Profissão: Secretária

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Tereza Coelho Gomes

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PARIMA

Bairro: SAO VICENTE

Nº: 48

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 978.584.552-49

Placa NAY3575

Renavam 01005963123

Número do Motor JC48E2E020129

Número do Chassi 9C2JC4820ER020129

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 20/05/2014

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Karla Michelle Coelho Gomes

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu a esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia uma MOTOCICLETA PLACA NAY-3575 e seguia pela Av. Presidente Dutra QUANDO no cruzamento com a Rua Vitor Hugo a motocicleta que a



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima  
Data de Impressão: 20/09/2019 13:53  
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031696/2019

comunicante estava foi COLIDIDA por um VEICULO FIAT MOBY (placa não identificada) que invadiu a preferencial. Que o condutor do veículo Fiat Moby se evadiu do local sem prestar socorro a comunicante. Que devido ao acidente a comunicante que está Grávida (5 meses) sofreu 02 Fraturas na sua Bacia. Que a comunicante foi socorrida ao Hospital pelo SAMU. Era o relato.

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000612  
Responsável pelo Atendimento

Karla Michelle Coelho Gomes  
(Comunicante / Vítima)

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exatidão e fidelidade de informações

☐ DIÁRIOS (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENIMENTOS)

☒ INCAPACIDADE PERMANENTE

☐ MORTALIDADE

2 - Nº do Seguro do ASL:

3 - CPF do segurado:

378.584.552-49

4 - Nome completo da vítima:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES

7 - Profissão:

SECRETARIA

8 - Endereço:

RUA PARIMA

6 - CPF:

378.584.552-49

11 - Cidade:

SAO VICENTE

12 - Estado:

BOA VISTA

9 - Número:

48

10 - Complemento:

15 - E-mail:

confianca.est@hotmail.com

13 - Estado:

R.R.

14 - CPF:

69.303-320

15 - Nº do ASL:

95198118-1200

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins da apólice, que sou o poderoso arca responsável, conforme comprovado pelo (ANEXAR CÓPIA).

20 - Assinatura legal do titular do seguro:

☒ RECLUSO INTERMEDIAR  
☐ SEM RECLUSO

☐ ACIDENTE A RESCUE

☐ RESCUE ATÉ R\$ 2.500,00

☐ R\$ 250,00 ATÉ R\$ 500,00

☐ ACIMA DE R\$ 500,00

21 - Indicação de danos:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS

40 - Local e data: BOA VISTA - RR, 14 de dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (beneficiária)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 978.584.552-49 4 - Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E ENDEREÇO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: KARLA MICHELE COELHO GOMES 6 - CPF: 978.584.552-49

7 - Profissão: SECRETARIA 8 - Endereço: RUA PARIMA 9 - Número: 48 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO VICENTE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-320

15 - E-mail: confiancacas@lotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEIRAS (somente para os bancos abaixo. Anote uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00033794

(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito se existir) (Informe 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Guarda Parentesco com avô(s): 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 resíduo patrimonial? ☐ 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 atestado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 17 de dezembro de 2019.

Karla Michelle Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 173.1:

EQUIPE SAMU BV  
BRAVO II

EQUIPE: Bituma Bispo

Paciente: Karla micheli colho Gomes

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 30

Sexo: F

Endereço: Rua Presidente Dutra

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

Nº 10 030

DATA 18/09/19

Bairro: Paricidela

Médico (a) Regulador (a): Plúson

HORA J/S: 10:47

BASE: VIA ( )

( ) RÁDIO

HORA J/10: 11:00

X CELULAR

MOTIVO

Polícia carro e moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X)

1 a 3 horas ( )

4 a 24 horas ( )

Mais de 24 horas ( )

Não sabe ( )

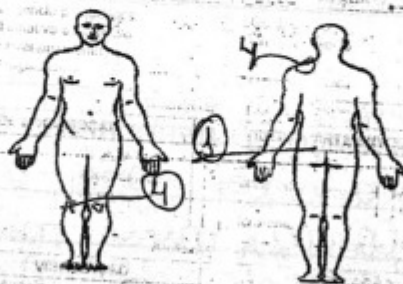
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA			
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito	<input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica
<input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Transferência
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAF	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exame complementar
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAB	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Urgência cirúrgica	<input type="checkbox"/> Outros

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

AVALIAÇÃO INICIAL			
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AV. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Mioses
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2"	<input type="checkbox"/> Midríase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Apetentamento Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

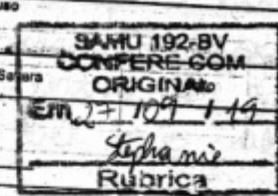
SINAIS VITAIS E ESCORES							
Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"
Início 11:05	120x86	79	20	98			2
Fim 11:12	120x85	79	20	99			2

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



AVALIAÇÃO CARDÍACA		APECIAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREVIOSA	
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> IFV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> ITV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular		<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Asistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva		<input type="checkbox"/> Medicação de uso	

GRAVIDADE COMPROVADA		Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)	
<input type="checkbox"/> Baixa	<input type="checkbox"/> Pequena	Dr. Luiz Fernando Borges	
	<input checked="" type="checkbox"/> Média	Cirurgia Geral	
	<input type="checkbox"/> Alta	RQE: 750 / CRM-RR 1583	



SEÇÃO DE ATENDIMENTO		MEIO DE ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/> Cancelamento	<input type="checkbox"/> Hospitalização	<input type="checkbox"/> Polícia Militar	<input type="checkbox"/> Bombeiros
<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento		<input type="checkbox"/> Guardia Municipal	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Não se encontra no local		<input type="checkbox"/> SMTRAN	
<input type="checkbox"/> Troca			

RCP		RCP com sucesso	
<input type="checkbox"/> Iniciada em:	<input type="checkbox"/> Término às:	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso

SISTEMA		SISTEMA	
<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Pol. Cores e Silva - PCCS	<input type="checkbox"/> Hosp. Unimed	
<input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSCA	<input type="checkbox"/> Hosp. Lote 115 - HLI	
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento / HGR	<input type="checkbox"/> HMNSN	<input type="checkbox"/> Outros	

**TERMO DE RECUSA**

Função do Receptor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Receptor: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Perda de líquido: \_\_\_\_\_

BCF: \_\_\_\_\_

☐ Movimentos fetais presentes

☐ Partes fetais na vulva

☐ Contrações entre 3-5 min.

☐ Com cartão da gestante

☐ 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

☐ Criotireostomia 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° \_\_\_\_\_

☐ Acesso venoso Scalp n° \_\_\_\_\_

☐ Acesso intraósseo

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

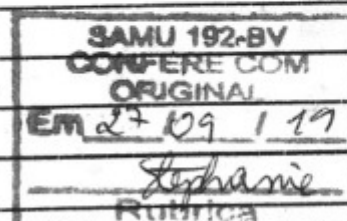
### OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

As 10:47H fomos acionados para darmos apoio a Braco III em uma colisão carro x moto; no local já encontramos a paciente com o protocolo de trauma realizado, colar cervical e prancha rígida, paciente gestante de 30 semanas, sem placentas vaginais, apresentando dor em região lombar + femur esquerdo, sem sinais de trauma, SSVU estáveis e conforme orientação do médico regulador paciente removida ao GA com vida.

*Belaura*

Belaura Maria Magalhães Pereira  
Téc. de Enfermagem Instrumentadora Cirúrgica  
COREN-RR 418.571-TEC

2 pares de luva m  
2 " " " G  
2 máscaras descartáveis



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000033794-0

---

Nr. da Autenticação 7712365F526FEBE7



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato  
conosco informe  
este número



Nº da Nota Fiscal 003447874

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	547	477,02

DORVAL DA SILVA PADILHA  
R. PARIMA 48 SAO VICENTE  
CPF: 00007063393200  
CEP: 69.303-320 - BOA VISTA

ROT: 3.001.09.07.803200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVar/h	DATAS DA LEITURA
Atual:	99442		Atual: 15/08/2019
Anterior:	98895		Anterior: 16/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 15/09/2019
Consumo Medido:	547		Emissão: 14/08/2019
Consumo Faturado:	547	FCAH	Apresentação: 19/08/2019

Tipo de Abastecimento:	NORMAL	Tipo de Medição:		Quilômetros de rede:	30
------------------------	--------	------------------	--	----------------------	----

#### DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	F2907856	M 1603928	1.1.1.1.3	872

HISTÓRICO kWh	DESCRÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/19 805	CONSUMO 547 A R\$ 0,772737 = 422,68
JUN/19 566	CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00 0,02
MAI/19 754	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 0,94
ABR/19 1046	MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00 1,26
MAR/19 811	JUROS DE MORA POR ATR 06/19-00 0,23
FEV/19 1003	MULTA POR ATRASO 06/19-00 7,67
JAN/19 995	JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00 2,17
DEZ/18 773	ILUMINACAO PUBLICA 42,05
NOV/18 984	
OUT/18 1080	
TARIFA DE TRIBUTOS:	
0 A 547 - 0,634620	

Pago em  
15/08/2019

#### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade Consumidora e Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. Para saber mais sobre a TSEE, consulte o site da Roraima Energia.

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

Celular

RESERVADO AO FISCO 8B10.646D.DC7D.F6BD.EBF2.17BD.CC30.F4A6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 107,46	Base de Cálculo: 422,68
Energia: 227,86	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 71,85
Encargos: 11,83	Valor do PIS: 0,64
Tributos: 75,53	Valor do COFINS: 3,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	Normal	Comercial	Grande	Medio	Pequeno	Grande	Medio
Consumo	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Reserva	0,67			6,00			0,22

Centro 06/2019 159,59

ROT: 3.001.09.07.803200



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

SEU CÓDIGO

0017088-7

TOTAL A PAGAR - R\$

477,02

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

06/09/2019

Nº da Nota Fiscal: 003447874 FCAH

83620000004 7 77020075000 6 000000000017 4 08870819008 2



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené 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 Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003941569

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CPF: 00005763937899

CEP: 69.301-850 - BOA VISTA

**DADOS DA LEITURA (KWH)**

Atual:	20134
Anterior:	19771
Dias de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	363
Consumo faturado:	363

**DATAS DA LEITURA**

Atual:	29/10/2019
Anterior:	26/09/2019
Próxima leitura:	29/11/2019
Emissão:	28/10/2019
Apresentação:	29/10/2019
R:	12.001.02.11.603050

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	B1
Número Medidor:	14TUB00002
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENCIONAL

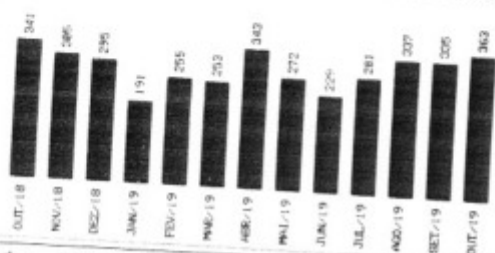
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA

363 A R\$ 0,764602 = 277,55  
25,28

OUTRAS INFORMACOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 363 - 0,634620

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 286



**MENSAGENS IMPORTANTES**  
**REAVISO DE VENCIMENTO**

Mes/Ano 08/2019 Valor R\$ 285,64  
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 218,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

H32N, 5M82, 6A24, 74C8, 4D59, 4302, CD4A, 4582

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	151,21	Encargos:	7,85
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:	17,00%	47,18
PIS:	0,000000%	0,00
COFINS:	0,000000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	6,00	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,43			1,00			0,00	
Conjunto		CENTRO						

R: 12.001.02.11.603050  
PC=H

Período de apuração: 08/2019

EUSD: 110,56



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO  
0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$  
302,83

MÊS FATURADO  
10/2019

VENCIMENTO  
26/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



RDV: 00216

LEITURA: 20134

DT-VENC: 26-11-2019

UT: 0126055-3

NORMAL

IMRES: 1 000

DT-LEIT: 29-10-2019

TOTAL: 302,83

COLETOR: 1301

T-ENTR: 07

CARGA: 810

RM420 - RRE (NOVO)



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato  
conosco informe  
este número



Nº da Nota Fiscal 003447874

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	547	477,02

DORVAL DA SILVA PADILHA  
R. PARIMA 48 SAO VICENTE  
CPF: 00007063393200  
CEP: 69.303-320 - BOA VISTA

ROT: 3.001.09.07.803200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVar/h	DATAS DA LEITURA
Atual:	99442		Atual: 15/08/2019
Anterior:	98895		Anterior: 16/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 15/09/2019
Consumo Medido:	547		Emissão: 14/08/2019
Consumo Faturado:	547	FCAH	Apresentação: 19/08/2019

Tipo de Abastecimento:	NORMAL	Tipo de Medição:		Quilômetros de rede:	30
------------------------	--------	------------------	--	----------------------	----

#### DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	F2907856	M 1603928	1.1.1.1.3	872

HISTÓRICO kWh	DESCRICO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/19 805	CONSUMO 547 A R\$ 0,772737 = 422,68
JUN/19 566	CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00 0,02
MAI/19 754	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 0,94
ABR/19 1046	MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00 1,26
MAR/19 811	JUROS DE MORA POR ATR 06/19-00 0,23
FEV/19 1003	MULTA POR ATRASO 06/19-00 7,67
JAN/19 995	JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00 2,17
DEZ/18 773	ILUMINACAO PUBLICA 42,05
NOV/18 984	
OUT/18 1080	
TARIFA DE TRIBUTOS:	
0 A 547 - 0,634620	

Pago em  
15/08/2019

#### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade Consumidora e Data de vencimento de energia elétrica a partir de 01/01/2019. O valor apresentado para a energia elétrica é a soma do valor da energia elétrica e do valor da tarifa de iluminação pública. Caso tenha alguma dúvida, consulte o setor de atendimento ao cliente.

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

Celular

RESERVADO AO FISCO 8B10.646D.DC7D.F6BD.EBF2.17BD.CC30.F4A6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 107,46	Base de Cálculo: 422,68
Energia: 227,86	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 71,85
Encargos: 11,83	Valor do PIS: 0,64
Tributos: 75,53	Valor do COFINS: 3,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	Normal	Comercial	Grande	Medio	Pequeno	Grande	Medio
Caro	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Barato	0,67			6,00			0,22

Centro 06/2019 159,59

ROT: 3.001.09.07.803200



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

SEU CÓDIGO

0017088-7

TOTAL A PAGAR - R\$

477,02

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

06/09/2019

Nº da Nota Fiscal: 003447874 FCAH

83620000004 7 77020075000 6 000000000017 4 08870819008 2



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené 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 Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003941569

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CPF: 00005763937899

CEP: 69.301-850 - BOA VISTA

### DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual:	20134
Anterior:	19771
Dias de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	363
Consumo Faturado:	363

### DATAS DA LEITURA

Atual:	29/10/2019
Anterior:	26/09/2019
Próxima leitura:	29/11/2019
Emissão:	28/10/2019
Apresentação:	29/10/2019
R:	12.001.02.11.603050

### DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	B1
Número Medidor:	14TUB00002
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENCIONAL

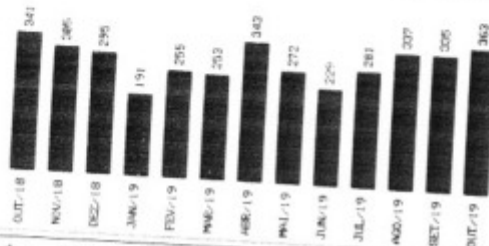
### CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA

363 A R\$ 0,764602 = 277,55  
25,28

### OUTRAS INFORMACOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 363 - 0,634620

### HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 286



### MENSAGENS IMPORTANTES

### REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 08/2019 Valor R\$ 285,64 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 218,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

### RESERVADO AO FISCO

H32N, 5462, 6434, 7405, 4079, 4302, CD4A, 4502

### COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	151,21	Encargos:	7,85
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18
Transmissão:	0,00		

### IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:	17,00%	47,18
PIS:	0,000000%	0,00
COFINS:	0,000000%	0,00

### INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	6,00	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,43			1,00			0,00	
Conjunto		CENTRO					0,00	

R: 12.001.02.11.603050

PC=H



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

302,83

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

26/11/2019

Nº da Nota Fiscal:

003941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



RDV: 00216

LEITURA: 20134

DT-VENC: 26-11-2019

UT: 0126055-3

NORMAL

IMPR: 000

DT-LEIT: 29-10-2019

TOTAL: 302,83

COLETOR: 1301

T-ENTR: 07

CARGA: 810

RM420 - RRE (NOVO)

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

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu TELÚIA SANTIAGO GUEDES

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

KARLA MICHELE COELHO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDER da Vítima KARLA MICHELE COELHO GOMES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49, 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>
E-mail: <u>confiancacst@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.301-050</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: BOA VISTA-RR, 17 de dezembro 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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu TELÚIA SANTIAGO GUEDES

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

KARLA MICHELE COELHO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDER da Vítima KARLA MICHELE COELHO GOMES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552 / 49, 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>
E-mail: <u>confiancacst@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.301-050</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: BOA VISTA-RR, 17 de dezembro de 2019.

Assinatura do Declarante



1901163293 18/09/2019 11:18:30 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 20

Paciente: KARLA MICHELE COELHO GOMES  
Data Nascimento: 11/09/1989 Idade: 30 A O M 7 D  
CNS: 702806610875360 CPF: 97858455249 Prontuário: 00017502  
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: 264899 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) PARDADA Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA  
Mãe: MARIA TERESA DOS SANTOS  
Endereço: - RUA AUREO CRUZ - 1076 - - BOA VISTA - RR  
Pai: FRANCISCO DOS SANTOS GOMES Contato: (95) 99123-4000  
Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:  
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:  
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: EDVAN NASCIMENTO

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *for na prax*

GSC TOTAL: 15  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)  
*Paciente referiu dor e vermelhidão no cotovelo direito após acidente de trânsito e curso de fisioterapia.*

Exame Físico: *BGG, LCC, LHTA*

Hipótese Diagnóstica: *Politrauma Fratura húmero, com lesão pulso e car*

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>DD: 18/09/2019 (18h)</i>	<i>18/09</i>	<i>em tratamento com analgésico e redução</i>
<i>Artic. de cotovelo</i>		
<i>MARLA M</i>		
<i>51702.0817.04</i>		
<i>001702.0817.04</i>		

Conduta: ☒ Alta por indicação médica ☐ Alta a Pedido de Transferência ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: *Carlopesilio*  
☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: *18/09/2019 11:18:30*  
óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: edvan.nascimento  
Data Hora: 18/09/2019 11:19:27









GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL  
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NOME: KARLA Lucitônio Coral RECEBIMENTO

L A U N O

Paciente e futura da  
Gacia, grávida,  
precisa de uma cadeira  
de rodas para se locomover

18/06/19  
DATA

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar  
CRM-MG 566  
Assessoria e Gestão

CLÍNICA ESPECIALIZADA GONONEL AROTA  
Rua Coronel Pinho, 530 - Centro - 79015-100  
CEP: 79015-100 - CNPJ: 04.013.400/0001-00



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## RECEITUÁRIO

NOME:

KARLA NICHÉLE COELHO GOMES

LAUDO MÉDICO

Paciente rotineiramente o dia  
18/09/19, apresentando brônquios  
de basilar.

CID S32.5

Presença de ruído crepante  
Tubo aproximada de 10 cm  
de 100 cm de 90 (noventa)  
de 100.

DATA

27/09/19

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre  
CRM-RR 566

ASSINATURA E CARIMBO

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

## Alessandro Silva

---

**Para:** luciana.braga@angelusseguros.com.br;  
franciele.ramalho@angelusseguros.com.br  
**Assunto:** SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA

Bom dia, Luciana e Franciele.

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

**“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”**

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br), devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

## Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

[alessandro.silva@seguradoralider.com.br](mailto:alessandro.silva@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

---

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

---



1901163293 18/09/2019 11:18:30 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 20

Paciente: KARLA MICHELE COELHO GOMES  
Data Nascimento: 11/09/1989 Idade: 30 A O M 7 D  
CNS: 702806610875360 CPF: 97858455249 Prontuário: 00017502  
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: 264899 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) PARDADA Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA  
Mãe: MARIA TERESA DOS SANTOS  
Endereço: - RUA AUREO CRUZ - 1076 - - BOA VISTA - RR  
Contato: FRANCISCO DOS SANTOS GOMES (95) 99123-4000  
Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO  
Setor: GRANDE TRAUMA  
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA  
Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA  
Profissional do Atend.:  
Procedência:  
Temp.:  
Peso:  
Pressão:  
Procedimento Sol.:  
Registrado por: EDVAN NASCIMENTO

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *Por via privada*

GSC  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)  
*Paciente referiu dor e vermelhidão no cotovelo direito após acidente de moto. Refere dor aguda e curso ascendente.*

Exame Físico:  
*BGG, LCC, LHTA*

Hipótese Diagnóstica:  
*Politrauma Fratura húmero, com lesão pulso e car*

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>DD: 18/09/2019 (18h)</i>	<i>18/09</i>	<i>em tratamento com analgésico e redução</i>
<i>Artic. de cotovelo</i>		
<i>MARLA M</i>		
<i>51702.0817.04</i>		
<i>001702.0817.04</i>		

Conduta:  
☒ Alta por indicação médica  
☐ Alta a Pedido de Transferência  
☐ Alta a Revelia  
☐ Transferência para: *Carlopetito*  
☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☐ Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: *1*

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_ Carimbo e Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Impresso por: edvan.nascimento  
Data Hora: 18/09/2019 11:19:27









GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL  
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NOME: KARLA Lucitônio Coral RECEBIMOS

L A U N O

Paciente e futura da  
Gacia, grávida,  
precisa de uma cadeira  
de rodas para se locomover

18/06/19  
DATA

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar  
CRM-MG 566  
Assessoria e Gestão

CLÍNICA ESPECIALIZADA GONONEL AROSA  
Rua Coronel Pinho, 530 - Centro - 71.615-111  
CET: 60.301-160 - CNPJ: 04.013.400/0001-00



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## RECEITUÁRIO

NOME:

KARLA NICHÉLE COELHO GOMES

LAUDO MÉDICO

Paciente rotineiramente o dia  
18/09/19, apresentando brônquios  
de basilar.

CID S 32.5

Presença de ruído crepante  
Tubo aproximada de 10 cm  
de 100 cm de 90 (noventa)  
de 100.

DATA 27/09/19

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre  
CRM-RR 566

ASSINATURA E CARIMBO

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME  
**TELVA SANTIAGO GUEDES**

RELACIONADO  
**EDNILSON JOSÉ SANTIAGO**  
**TEREZINHA SILVA SANTIAGO**

NATURALIDADE  
**SANTARÉM - PA** 18/11/1970

DOC. ORIGEM  
**CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02**  
**SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM**

CPF  
**739.248.066-91**

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Perito Papiloscópico da Polícia Civil  
Chefe do SDC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

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

1239479827

VALIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1239479827

PROVIDE PLASTIFICAR

1239479827

NOME  
MARIA MICHELLE COELHO GOMES

DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR/UF  
264899 SSP RJ

CPF  
978.584.552-49

DATA NASCIMENTO  
11/09/1989

FILIAÇÃO  
FRANCISCO DOS SANTOS  
GOMES  
MARIA TERESA COELHO  
GOMES

PERMISSÃO  
ACC

CAT. HAB.  
A2

Nº REGISTRO  
05270246738

VALIDADE  
06/05/2021

PHABILITAÇÃO  
08/08/2011

OBSERVAÇÕES

*Maria Michelle Coelho Gomes*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
09/05/2016

67130368506  
RR208837965

LINE EMISSOR/UF/UF EMISSOR  
MINIST. TRANSP. INTERIO  
DE TRANSITO

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME  
**TELVA SANTIAGO GUEDES**

RELACION  
**EDNILSON JOSÉ SANTIAGO**  
**TEREZINHA SILVA SANTIAGO**

NATURALIDADE  
**SANTARÉM - PA** 18/11/1970

DOC. ORIGEM  
**CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02**  
**SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM**

CPF  
**739.248.066-91**

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Perito Papiloscópico da Polícia Civil  
Chefe do SDC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RR Nº 013975799381  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD-RENAVAM 01005963123 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF / CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

PLACA ANT./UF NAY3575 - RR CHASSI 9C2JC4820E0020129

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NOU AP/TC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAP / POT / CIL 3P/0124CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA \*PAGO\* VENC. COTA ÚNICA \*PAGO\* VENC. / COTAS 1\* \*\*\*\*\*

FAIXA / PVA: PARCELAMENTO / COTAS 2\* \*\*\*\*\*

\*\*\* PAGO COTA ÚNICA \*\*\* 3\* \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 10/09/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO \*PROIB SAIR DA A DOCUMENTO É PONTE OBRIGATORIO

MAZIN DCLD NAO VALER PARA TRANSFERENCIA

BOA VISTA-RR DATA 20/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975799381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 CPF / CNPJ 978.584.552-49 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/09/2019

RENAVAM 01005963123 PLACA NAY3575

ANO FAB 2014 CAT TARE 9C2JC4820E0020129

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$36,05 DENATRAN (R\$) R\$4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15 IOF (R\$) R\$0,32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) R\$44,58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RR Nº 013975799381  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD-RENAVAM 01005963123 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME  
KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF / CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

PLACA ANT. / UF NAY3575 - RR CHASSI 9C2JC4820ER020129

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTONETA/NGO-APIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP. POT. / CIL. RP/0124CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA \*PAGO\* VENC. COTA ÚNICA \*PAGO\* 1ª \*\*\*\*\*

FAIXA / P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª \*\*\*\*\*

3ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 10/09/2019

**SEGURO OBRIGATORIO**

SEM RESERVA DE DÚVIDA \*PROIB. SAIR DA VIA  
DOCUMENTO DE FONTE OBRIGATORIO  
MAZON 0010  
NÃO VALIDE PARA TRANSFERÊNCIA

Do Gomes Brasil  
Diretor Presidente Interno  
DETRAN-RR

BOA VISTA-RR DATA 20/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975799381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/09/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 978.584.552-49 PLACA NAY3575

RENAVAM 01005963123 HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2014 CAT. TARE 9C2JC4820ER020129

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$) R\$36.05 DENATRAM (R\$) R\$4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) R\$84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/09/2019

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468080/19

Vítima: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

CPF: 978.584.552-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO  
GOMES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**TELZIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91**

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

**KARLA MICHELLE COELHO GOMES : 978.584.552-49**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019  
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES  
CPF: 739.248.066-91

\_\_\_\_\_  
TELVIA SANTIAGO GUEDES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

\_\_\_\_\_  
GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA