

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 independem 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, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica
alessandro.silva@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



www.seguradoralider.com.br

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

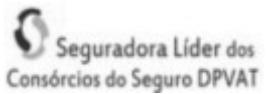
Leia nossa **News** e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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 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

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): 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: 3190719314

Data da solicitação: 30/05/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: KARLA MICHELE COELHO GOMES

CPF do beneficiário: 978.584.552-42

Nome do solicitante: TELÚIA SANTIAGO GOEDES

CPF do solicitante: 739.248.066-91

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 98118-1200 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

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.

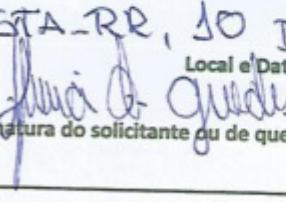
DIANTE DA APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML, VENHO SOLICITAR REANALISE DA NEGATIVA FEITA, VISTO QUE VOCÊS DERAM A NEGATIVA BASEADOS APENAS NOS DOCUMENTOS ENVIADOS E NÃO MANDARAM A SR KARLA PARA EXAME MÉDICO PRESENCIAL. AFIRMO QUE A MESMA FICOU COM DEBILIDADE.

AGUARDO RETORNO.
ATENCIOSAMENTE

TELÚIA

BOA VISTA-RR, 30 DE MAIO DE 2020.

Local e Data


(PROCURADORA)

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

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).



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: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

NOME SOCIAL: PREJUDICADO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

NATURALIDADE: NÃO INFORMADO

IDADE: 30 ANOS

SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL

COR: BRANCA

PROFISSÃO: NÃO INFORMADO

ESCOLARIDADE: NÃO INFORMADO

DOCUMENTAÇÃO: RG. Nº 264899 – SSP/RR

TELEFONE: (95)99123-6755

FILIAÇÃO: FRANCISCO DOS SANTOS GOMES E MARIA TEREZA COELHO GOMES

ENDEREÇO: RUA PARIMA – Nº 48 – BAIRRO SÃO VICENTE – BOA VISTA/RR

DATA/ HORA DO EXAME: 13/03/2020, às 07 horas e 33 minutos.

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.

DESCRÍÇÃO:

- 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.**

E por ser verdade digitei este documento, que depois de revisto e achaço conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim. Otávio Mendes de Souza Junior.

Francisco P. Portes Jr.
IML-RR/CPM-RR
REG. A3032/047



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



1ª Classificação/Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo	<input type="checkbox"/>	Amarelo	<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.



1901163293 18/09/2019 11:18:30

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 20

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
KARLA MICHELE COELHO GOMES	11/09/1989	30 A 0 M 7 D	702806610875360	97858455249	00017502			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
	264899			F	SOLTEIRO(A)	PARD	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe					Pai			Contato
MARIA TERESA DOS SANTOS					FRANCISCO DOS SANTOS GOMES			(95) 99123-4000
Endereço	Ocupação							
- RUA AUREO CRUZ - 1076 -- BOA VISTA - RR	NÃO INFORMADA							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.					Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA						EDVAN.NASCIMENTO	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							

For me p/mr

Anamnese de Enfermagem

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente referiu DOR e vermelho coxofemoral devido a um acidente de moto.
Referiu lesão no joelho e curva 21 dias.

Exame Físico

BFG, LAC, UHTM

Hipótese Diagnóstica

Pelite

Fratura Socic; ressecção poli. cox

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

Dipantac 1g (C)

A paciente concorda com a realização de exames complementares.

OBSERVAÇÃO

MFC d' ortopéd

ANALOG M

5102.087.0874

OBSTETRA

CRM-RR 2068
Médico

Conduta

Alta para Ortopedista
 Alta a Pediatra RR 566
 Alta a Reviela
 Transferência para:

Ortopédio

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

2019
Shale
Certifico e Dou Fé que o presente
constitui a cópia fiel da original
que foi apresentado neste hospital

Óbito

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

De Verso: Dr. J. L. G. Aguiar
CRM-RR 566
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brdg. Eduardo Gomes, S/N
Av. Brdg. Eduardo Gomes, S/N
Tel (95) 2121-0622
Novo Horizonte
AUTENTICAÇÃO

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico







1500



GOVERNO DO AMÉRICA
AMAZÔNIA, PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOMER Kathia luciferin Crel RECEITURARIO

L JUNO

Paciente é fator da
Sadia, grávida,
precisa de um cadeirão
de rodas para se locomover

18/10/19

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 506
Assistência e Consultas

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Av Coronel Flávio S. J. - Centro-Dois Irmãos RR
CEP: 69.301-160 - CAMPUS II, UFRN, Niterói-RJ

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME: ICAN LA NECA ERO COELHO GOMES

LALDO NEBICO

Paciente sofreu acidente o dia
18/09/18, apresentando fratura
de bacia.

CID S 32.5

Preciso apoio cirúrgico
Tempo aproximado de estadia no
hospital é de 90(noventa)
dias.

DATA 27/09/18

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

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 independem 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, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica
alessandro.silva@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



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.



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 Impressão autorizada pela SEFAZ 388/13

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0017088-7

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.

CONTAMÊS	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	kVArh	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	FCAM		Apresentação:	19/08/2019

Frequência de Leitura Mensal	NORMAL	Exceção de Detecção	Exceção de Consumo	30
------------------------------	--------	---------------------	--------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	I2907856	M-1603928	1.1.1.3	872
HISTÓRICO kWh/mês					
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 - 0,534520				

Pago em
15/09/2019

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO					
Mes/Año Valor R\$ Unidade Fazendária e/ou Fazenda/Serviço de Fornecimento de energia elétrica à Fazenda de Boa Vista, 06/09/2019 Possível não devido ao fato de não haver a inclusão do nome da fazenda por 09 contas. Caso esteja atrelado a alguma conta, favor desconsiderar este aviso...					

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	Aliquota 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							
TÍPICO		TÍPICO		MÉDIO		MÉDIO	
Média	Variação	Média	Variação	Média	Variação	Média	Variação
6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
0,67		6,00		0,22			
CENTRO							
06/2019							

ROT: 3.001.09.07.803200

SEU CÓDIGO

0017088-7

TOTAL A PAGAR - R\$

477,02

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

06/09/2019

Nº da Nota Fiscal: 003447874 FCAM

83620000004 7 77020075000 6 00000000017 4 08870819008 2



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

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garces, 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 Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0126055-3

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

OUTUBRO/2019VENCIMENTO
26/11/2019

CONSUMO (kWh)

363

TOTAL A PAGAR (R\$)

302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual:	28134
Anterior:	19771
Dia de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo médio:	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.: 12.001.02.11.683050	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	BI
Número Medidor:	147DBB0002
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENTIONAL

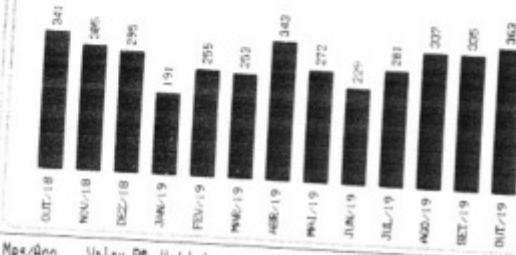
DESCRÍPCAO DA CONTA

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 363 - 0.634620

HISTÓRICO DE MEDICAO



Média 12 meses: 286



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

MES/ANO 08/2019 Valor R\$ 265,64 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas retrasadas neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavisa(d) no valor de R\$ 210,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A THRIF RURAL DESC. ATÉ 30%.

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

RESERVADO AO FISCO

4324,3H82,6A34,74C9,4DF9,4302,CD4H,45B2

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:	ALIQUOTA	VALOR
	17,00%	47,18
277,55	0,0000%	0,00
COFINS:	0,0000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mês	DIC			FIC			DMIC		DICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Limite	6,83	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54			
Realizado	8,43			1,00			0,00			
Conjunto	CENTRO						0,00			
R.: 12.001.02.11.683050				Período de apuração:	08/2019		EUSO:	110,56		

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



RDI.: 00216

LEITURA: 20134

DT-MEDID.: 26-11-2019

UF: 0126055-3

NOMENCL.: NORMAL

LNBEL.: 000

DT.LEIT.: 29/10/2019

TOTAL: 302,83

COLETOR: 1001

T.ENTR.: 07

CARGA: 010

RH420 - 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 ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu TELVIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066, SL, 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 INVALIDEZ 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> CEP: <u>69.301-050</u>
E-mail:	<u>confiancaest@hotmail.com</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 1731
EQUIPE SAMU BV
BRAVO II

Nº 1731



Paciente: Kayla michelle colho Gemy Idade: 30 Sexo: F
 Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena-Etnia
 Endereço: Sua residência Bairro: Brasília

Nº 16030 DATA 18/09/19 HORA J/R: 10:47 BASE VIA () RÁDIO
 Médico (a) Regulador (a): pluson HORA J/D: 15:00 CELULAR

MOTIVO INICIAL: Colisão carro x moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora 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"/> Quimadura	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica
<input type="checkbox"/> Agressão física / esfacelamento	<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"/> Alogamento	<input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input type="checkbox"/> Outros

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

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVALIAÇÃO NEUROLOGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Miosis
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input checked="" type="checkbox"/> Anisocoria (D+) (E)
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Pulo radial ausente	<input type="checkbox"/> Aparência Alcoolizada
<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Pulo central ausente	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
		<input type="checkbox"/> Cianose central	
		<input type="checkbox"/> Extremidade	

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
inicio:	129x86	79	20	98			2	15
Final:	129x95	78	20	99			2	15

LESÃO IDENTIFICADA	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor		<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea
2 - Hematomas		<input type="checkbox"/> 3 - Ao comando
3 - Contusão		<input type="checkbox"/> 2 - À dor
4 - Ecoriação		<input type="checkbox"/> 1 - Sem resposta
5 - Lacerção		
6 - Luxação		
7 - Fratura fechada		
8 - Fratura exposta		
9 - Amputação		
10 - Evaceração		
11 - Afundamento de crânio		
12 - Ferimento penetrante		
13 - Tórax instável		
14 - Endesme subcutâneo		
15 - Ferida aspirativa		
16 - Empalamento		
17 - Outros		

AVALIAÇÃO CARDIACA	AFFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PREGONADA
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> HAS
<input checked="" type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA	Dr. Luis Fernando Borges Cirurgia Geral	SAMU 192-BV CONFERE-COM ORIGINAIS
<input type="checkbox"/> Pequena	RQE: 750 / CRM-RP 1582	EM 27/09/19 Stephanie Rubrica

Assinatura e Cachorro Artístico (Unidade de Destino)

Assinatura e Cachorro Artístico (Unidade de Destino

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

<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de Introdução Bougie	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotráqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco nº: _____	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso Scalp nº: _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Dr. N. 47H, fomos acionados para darmos apoio a Braco III em uma colisão carro x moto; no local ja encontramos o paciente com o protocolo de trauma realizado, colar cervical + prancha rígida, paciente gestante de 03 semanas, sem plenitude diafragmatis, apresentando dor em respiração fôlego + dor espesso, sem sinal de náusea, SSVV estável e conforme orientações do médico responsável paciente removida aos Gt com mola.

Belarmino

Belarmino Magalhães Pereira

Técnico de Enfermagem/Estruturador Clínico

COREN-RR #10571-TÉC

2 pares de luva m

2 " " " " 6

2 máscaras desfaturadas

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
EM 27/09/19
Stephanie
Rutinica



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	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	Envolvimentos
Karla Michelle Coelho Gomes	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



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 Gravida (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 Michellé 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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

378.584.552-49

4 - Nome completo da vítima:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

5 - Nome completo:

KARLA MICHELE COELHO GOMES

6 - CPF:

378.584.552-49

7 - Profissão:

SECRETARIA

8 - Endereço:

RUA PARIMA

9 - Número:

48

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO VICENTE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.303-320

15 - E-mail:

confiancacst@hotmail.com

(16) Tel.(DDD):

(65) 98118-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (231) Itaú (301) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: **3027** CONTA: **00033794** 0
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

22 - DECLARAÇÃO DE Ausência de LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI, que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI, 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no casal) Divorciado Separado judicialmente Vôvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Guarda Parentesco com vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim
teve filhos?
 Não29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:
 Vivos30 - Vítima deixou
residuo(s) viúvo(s)?
 Sim
 Não31 - Vítima
teve irmãos?
 Sim
 Não32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos:
 Vivos33 - Vítima deixou
parentais vivos?
 Sim
 Não

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não autorizado

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BOA VISTA - RR, 17 de dezembro de 2019.

Karla Michele Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PROCURAÇÃO

Outorgante , KARLA MICHELLE COELHO GOMES, brasileira, casada, Secretaria , 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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 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

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

Valorização 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

Valorização 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:

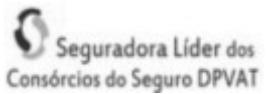
Observações: ABA OUTROS - LAUDO IML Nº 031696/2020 - 13/03/2020

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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 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

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): 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: **3190719314**

Data da solicitação: **30/05/2020**

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **KARLA MICHELE COELHO GOMES**

CPF do beneficiário: **978.584.552-42**

Nome do solicitante: **TELÚIA SANTIAGO GOEDES**

CPF do solicitante: **739.248.066-91**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **(95) 98118-1200** Tel. Comercial: **(
)**

Tel. Residencial: **(
)**

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.

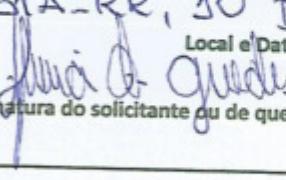
DIANTE DA APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML, VENHO SOLICITAR REANALISE DA NEGATIVA FEITA, VISTO QUE VOCÊS DERAM A NEGATIVA BASEADOS APENAS NOS DOCUMENTOS ENVIADOS E NÃO MANDARAM A SR KARLA PARA EXAME MÉDICO PRESENCIAL. AFIRMO QUE A MESMA FICOU COM DEBILIDADE.

**AGUARDO RETORNO.
ATENCIOSAMENTE**

TELÚIA

BOA VISTA-RR, 30 DE MAIO DE 2020.

Local e Data


(PROCURADORA)

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

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).



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: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

NOME SOCIAL: PREJUDICADO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

NATURALIDADE: NÃO INFORMADO

IDADE: 30 ANOS

SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL

COR: BRANCA

PROFISSÃO: NÃO INFORMADO

ESCOLARIDADE: NÃO INFORMADO

DOCUMENTAÇÃO: RG. Nº 264899 – SSP/RR

TELEFONE: (95)99123-6755

FILIAÇÃO: FRANCISCO DOS SANTOS GOMES E MARIA TEREZA COELHO GOMES

ENDEREÇO: RUA PARIMA – Nº 48 – BAIRRO SÃO VICENTE – BOA VISTA/RR

DATA/ HORA DO EXAME: 13/03/2020, às 07 horas e 33 minutos.

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.

DESCRÍÇÃO:

- 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.**

E por ser verdade digitei este documento, que depois de revisado e achaço conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim, Otávio Mendes de Souza Junior.

Francisco P. Pinto Jr.
Medico CRM-RR
CRM 43002467



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR N° 013975799381
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01	CÓD. RENAVAM 01005963123	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO 2013
NOME KARLA MICHELLE COELHO GOMES			
RR			
CPF / CNPJ 978.584.552-49	PLACA NAY3575		
PLACA ANT. / UF NAY3575 - RR	CHASSI 3C2JC4B20CR020129		
ESPECIE / TIPO PAS / MOTONET / P. NCG / APOTC	COMBUSTÍVEL ALCOV/GASOL		
MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES	ANO FAB. 2014	ANO MOD. 2014	
CAP / POT / CIL. PP/0124CC/	CATEGORIA PARTICU	COR PREDOMINANTE PRETA	
I - COTA ÚNICA *PAGO*	VENC. COTA ÚNICA *PAGO*	VENC. / COTAS 1 ^a ***** 2 ^a ***** 3 ^a *****	
P - FAIXA / PVA.	PARCELAMENTO / COTAS		
V - ** PAGO COTA ÚNICA **			
A - PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$11.000,00	IOF (R\$) R\$ 0,00	PRÉMIO TOTAL (R\$) R\$ 11.000,00	DATA DE PAGAMENTO 10/09/2013

SEGURADO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIOS * PROIB. SAIR DA A
MATRIMÔNIAL * DOCUMENTO DE PAGAMENTO OBRIGATÓRIO
NAO VAI PARA A TRANSFERÊNCIA

João Gomes Brasil
Diretor Presidente Interino
DETAN-RR

DATA
20/09/2013

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR N° 013975799381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2013

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
2013 DATA EMISSÃO
20/09/2013

VIA
01 CPF / CNPJ
978.584.552-49 PLACA
NAY3575

RENAVAM
01005963123 MARCA / MODELO
HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB.
2014 CATARINA
NR CHASSI
3C2JC4B20CR020129

PRÉMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) R\$ 36,05 DENATAN (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\$ 44,47 R\$ 40,32 R\$ 84,58

PAGAMENTO
COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
10/09/2013 10/09/2013

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 ODEJO CRUZ



Polegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Série 00000000000000000000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDADE

EXP. 30/01/2017

30/01/2017

REGISTRO
GERAL

524555-9

NOME

TELVIA SANTIAGO GUEDES

RESUMO

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIZADO

SANTARÉM - PA

DOC. ORIGEM

CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91 AMADEU ROCHA TRIANI

Partido Progressista da Polícia Civil

Diretor do SDC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

18/11/1970

P 1





1ª Classificação/Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo	<input type="checkbox"/>	Amarelo	<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.



1901163293 18/09/2019 11:18:30

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 20

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
KARLA MICHELE COELHO GOMES	11/09/1989	30 A 0 M 7 D	702806610875360	97858455249	00017502			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
	264899			F	SOLTEIRO(A)	PARD	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe					Pai			Contato
MARIA TERESA DOS SANTOS					FRANCISCO DOS SANTOS GOMES			(95) 99123-4000
Endereço	Ocupação							
- RUA AUREO CRUZ - 1076 -- BOA VISTA - RR	NÃO INFORMADA							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.					Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA						EDVAN.NASCIMENTO	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							

For me p/mr

Anamnese de Enfermagem

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente referiu DOR e vermelho coxofemoral devido a queda de moto, referiu febre 37,5°C e curva 21 dias.

Exame Físico

BFG, LAC, UHTM

Hipótese Diagnóstica

Pelite

Fractura Socia; resigual poliart.

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

Dipantac 1g(E)

A paciente concorda com a alta e recada.

De Verso: Dr. J. L. G. G. Aguiar
CRM-RR 566

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brdg. Eduardo Gomes, S/N
Tel (95) 2121-0622
Novo Horizonte AUTENTICAÇÃO

Conduta

- Alta para Consulta Médica
- Alta a Ped. de alta hospitalar
- Alta a Revisão
- Transferência para:

Cirurgião

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

2019
Shale
Certifico e dou fé que o presente
constitui cópia fiel da original
que foi apresentado neste hospital

Óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico







1500



GOVERNO DO AMÉRICA
AMAZÔNIA, PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOMER Kathia luciferin Crel RECEITURARIO

L JUNO

Paciente é fator da
Sadia, grávida,
precisa de um cadeirão
de rodas para se locomover

18/10/19

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 506
Assistência e Consultas

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Av Coronel Flávio S. J. - Centro-Dois Irmãos RR
CEP: 69.301-160 - CAMPUS II, UFRN, Niterói-RJ

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME: ICAN LA NECA ERO COELHO GOMES

LALDO NEBICO

Paciente sofreu acidente o dia
18/09/18, apresentando fratura
de bacia.

CID S 32.5

Preciso apoio cirúrgico
Tempo aproximado de estadia no
hospital é de 90(noventa)
dias.

DATA 27/09/18

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

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 Ene Garces, 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 Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0126055-3

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

OUTUBRO/2019VENCIMENTO
26/11/2019

CONSUMO (kWh)

363

TOTAL A PAGAR (R\$)

302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual:	28134
Anterior:	19771
Dia de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo médio:	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.: 12.001.02.11.683050	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	BI
Número Medidor:	147DBB0002
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENTIONAL

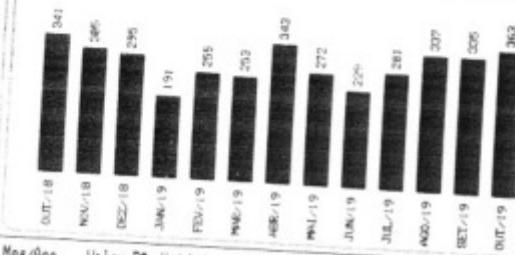
DESCRÍPCAO DA CONTA

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 363 - 0.634620

HISTÓRICO DE MEDICAO



Média 12 meses: 286



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

MES/ANO 08/2019 Valor R\$ 265,64 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas retrasadas neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavisa(d) no valor de R\$ 210,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A THRIF RURAL DESC. ATÉ 30%.

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

RESERVADO AO FISCO

4324, 3H82, 6A34, 74C9, 4DF9, 4302, CD4H, 45B2

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:	ALIQUOTA	VALOR
	17,00%	47,18
277,55	0,0000%	0,00
COFINS:	0,0000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICRI
Mensal	12,06	24,12	7,27	3,54
Trimestral				
Realizado	8,43	1,00		
Conjunto	CENTRO			
R.: 12.001.02.11.683050				
Período de apuração:				
			88/2019	EUSD: 110,56

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



REF.: 00216

LEITURA: 20134

DT-MEDID.: 26-11-2019

NORMA/L:

LIREM.: 000

DT.LEIT.: 29/10/2019

TOTAL: 302,83

COLETOR: 1001

T.ENTR.: 07

CARGA: 010

RH420 - 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 ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu TELVIA 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 INVALIDEZ 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> CEP: <u>69.301-050</u>
E-mail:	<u>confiancaest@hotmail.com</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 Impressão autorizada pela SEFAZ 388/13

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0017088-7

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.

CONTAMÊS	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	kVArh	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	FCAM		Apresentação:	19/08/2019

Frequência de Leitura Mensal	NORMAL	Exceção de Detecção	Exceção de Consumo	30
------------------------------	--------	---------------------	--------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	I2907856	M-1603928	1.1.1.3	872
HISTÓRICO kWh/mês					
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 - 0,534520				

Pago em
15/09/2019

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO					
Mes/Año Valor R\$ Unidade Fazendária e/ou Fazenda/Serviço de Fornecimento de energia elétrica à Fazenda de Boa Vista, 06/09/2019 Possível não devido ao fato de não haver a inclusão do nome da fazenda por 09 contas. Caso esteja atrelado a alguma conta, favor desconsiderar este aviso...					

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	Aliquota 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

Mês	T-12		T-6		T-4		T-2	
	Normal	Corrigido	Corrig.	Média	T-12	Corrig.	Média	Média
6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54		
0,67		6,00			0,22			

CENTRO

06/2019

ROT: 3.001.09.07.803200

SEU CÓDIGO

0017088-7

TOTAL A PAGAR - R\$

477,02

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

06/09/2019

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

Nº da Nota Fiscal: 003447874 FCAM

83620000004 7 77020075000 6 00000000017 4 08870819008 2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E BASE DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCUULAR 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
11 - Bairro:	SAO VICENTE	12 - Cidade:	BOA VISTA	13 - Estado: RR
15 - E-mail:	confiancacst@hotmail.com			
14 - CEP: 69.303-320	16 - Tel.(DDD): (95) 98118-1200			

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCARIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os beneficiários. Assinale essa opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (31) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101) AGENCIA: 3027 CONTA: 00033794 Dígito: 0 <small>(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)</small>		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGENCIA: _____ CONTA: _____ Dígito: _____ <small>(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)</small>		

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

22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> • Não há IMI, que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IMI, 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no cas)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do nascimento da vítima:
25 - Guarda Parentesco com vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou resolução (divórcio)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/irmãos vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____

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

Karla Michele Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	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	Envolvimentos
Karla Michelle Coelho Gomes	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



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 Gravida (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 Michellé 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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: KARLA MICHELE COELHO GOMES		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E BASE DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCUULAR 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: BOA VISTA	
11 - Bairro: SAO VICENTE	12 - Cidade: BOA VISTA	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.303-320	
15 - E-mail: confiancacst@hotmail.com			16 - Tel.(DDD): (95) 98118-1200	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCARIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os beneficiários. Assinale essa opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (31) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101) AGENCIA: 3027 CONTA: 00033794 Dígito: 0 <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGENCIA: _____ CONTA: _____ Dígito: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>		

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

22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> • Não há IMI, que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IMI, 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no cas)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do nascimento da vítima:					
25 - Guarda Parentesco com vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou residuo(s) viúvo(s)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/irmãos vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____

40 - Local e Data, _____, 17 de dezembro de 2019.

Karla Michele Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 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

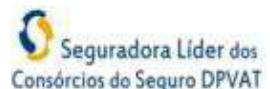
BANCO: 104

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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 independem 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, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica
alessandro.silva@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



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 médica-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 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



REGISTRO GERAL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
524555-9		SÉRIE 0000000000000000
NOME		30/01/2017
TELVIA SANTIAGO GUEDES		
		<i>Assinatura</i>
EDMILSON JOSÉ SANTIAGO		
TEREZINHA SILVA SANTIAGO		
NATURALEZA:		
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 Porto Pelegi-Oficial de Polícia Civil Diretor da SPC
1 VIA		P 1
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR

Nº 013975799381

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01	CÓD. RENAVAM 01005953123	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO 2019
-----------	-----------------------------	------------	-------------------

1 NOME
KARLA MICHELLE COELHO SOARES
2
3
4
5
6
7
8

RR

978.584.552-49 PLACA
NAY3575

PLACA ANTOUPLA CHASSI
NAY3575 RR 9C2JC4820ER020129

ESPECIE/TIPO

PAS/MOTONETE/NOD/ÁP/IC COMBUSTÍVEL
ALCO/V GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/B1Z 125 ES

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL.

EP/0124CC/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRETA

I COTA ÚNICA
PAGO

VENC. COTA ÚNICA
PAGO

VENC. / COTAS
1º *****%****

P FAIXA I PVA.
** PAGO COTA ÚNICA **

PARCELAMENTO / COTAS

2º *****%****

A

3º *****%****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO
R\$36,05 R\$4,01 R\$40,06
10/09/2019

SEGURADO CBV CATÓFICO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A
MOZENDO IDADE * DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATÓRIO
NAO VALORIZA AT TRANSFERÊNCIA

Brasília
Presidente Interino
DETTRAN-RR

BOA VISTA-RR

DATA
20/09/2013

EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - 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.seguradoraalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
20/09/2013

PLACA
NAY3575

VIA
01 CPF / CNPJ
378.584.552-49

RENAVAM
01005953123

MARCA / MODELO

HONDA/B1Z 125 ES

ANO FAB. 2014

CATEGORIA
PARTICU

Nº CHASSI
9C2JC4820ER020129

PRÉMIO 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\$0,38

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
R\$44,50

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
10/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

OUT/2017

PROCURAÇÃO

Outorgante , KARLA MICHELLE COELHO GOMES, brasileira, casada, Secretaria , 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.

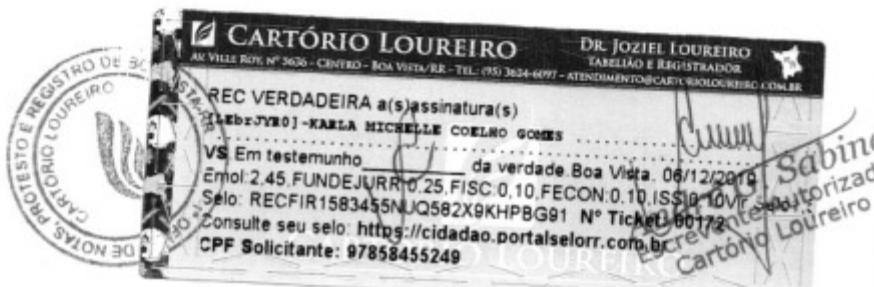
PODERES:

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

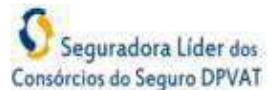
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: KARLA MICHELLE COELHO GOMES

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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 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

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

Rio de Janeiro, 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





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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<input type="checkbox"/> Escolha(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	378.584.552-49	KARLA MICHELE COELHO GOMES	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E BASE DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) (ARTIGO 6º, PARÁGRAFO ÚNICO, DA LEI 6.194/74) - CIRCUÍTO SUSP. Nº 4/5/2012			
5 - Nome completo:		6 - CPF:	
KARLA MICHELE COELHO GOMES		978.584.552-49	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
SECRETARIA	RUA PARIMA	48	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
SAO VICENTE	BOA VISTA	RR	69.303-320
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (95) 98118-1200		
confiancacst@hotmail.com			

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
--

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Name do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Itaú (301)		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)		
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 3027	CONTA: 00033794	0
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> • Não há IMI, que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IMI, 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do casamento:			
25 - Guarda Parentesco com vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos, informar:	29 - Se tinha filhos, informar:	30 - Vítima deixou parentes (irmãos)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar:	33 - Vítima deixou parentes vivos?
Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	Vivos: <input type="checkbox"/> Sim
Falecidos: <input type="checkbox"/> Não	Falecidos: <input type="checkbox"/> Não	Falecidos: <input type="checkbox"/> Não	Falecidos: <input type="checkbox"/> Não	Falecidos: <input type="checkbox"/> Não	Falecidos: <input type="checkbox"/> Não	Falecidos: <input type="checkbox"/> Não	Falecidos: <input type="checkbox"/> Não	Falecidos: <input type="checkbox"/> Não	Falecidos: <input type="checkbox"/> Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____, Boa Vista - RR, 17 de dezembro de 2019.

Karla Michele Coelho Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALIMENTADO

TESTEMUNHAS



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	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	Envolvimentos
Karla Michelle Coelho Gomes	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



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 Gravida (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 Michellé 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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	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	Envolvimentos
Karla Michelle Coelho Gomes	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



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 Gravida (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 Michellé 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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

~~40-1000-2~~ Prog. VISTA-RE, 17 de dezembro, d. 20/19.

Basic methods of data analysis

[View on the tree](#)

38-78 | Page

20

Assignment 2: Testimony

39-2 | Name:

www.IBM.com/AS400

Reactions with the transposons

4.2-Architektur des Rechnerunterstützten Lernens für Kinder

PPS.001 Widespread



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1731
EQUIPE SAMU BV
BRAVO II

Nº 1731



Paciente: Kayla michelle colho Gemy Idade: 30 Sexo: F
 Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena-Etnia
 Endereço: Sua residência Bairro: Brasília

Nº 16030 DATA 18/09/19 HORA J/R: 10:47 BASE VIA () RÁDIO
 Médico (a) Regulador (a): pluson HORA J/D: 15:00 CELULAR

MOTIVO INICIAL: Colisão carro x moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora 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"/> Quimadura	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica
<input type="checkbox"/> Agressão física / esfacelamento	<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"/> Alogamento	<input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input type="checkbox"/> Outros

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

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVALIAÇÃO NEUROLOGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Miosis
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Anisocoria (<input type="checkbox"/>) (<input type="checkbox"/>) JE
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Pulo radial ausente	<input type="checkbox"/> Aparência Alcoolizada
<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Pulo central ausente	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
		<input type="checkbox"/> Cianose central	
		<input type="checkbox"/> Extremidade	

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
inicio:	129x86	79	20	98			2	15
Final:	129x95	78	20	99			2	15

LESÃO IDENTIFICADA	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor		<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea
2 - Hematomas		<input type="checkbox"/> 3 - Ao comando
3 - Contusão		<input type="checkbox"/> 2 - À dor
4 - Ecoriação		<input type="checkbox"/> 1 - Sem resposta
5 - Lacerção		
6 - Luxação		
7 - Fratura fechada		
8 - Fratura exposta		
9 - Amputação		
10 - Evaceração		
11 - Afundamento de crânio		
12 - Ferimento penetrante		
13 - Tórax instável		
14 - Endesme subcutâneo		
15 - Ferida aspirativa		
16 - Empalamento		
17 - Outros		

AVALIAÇÃO CARDIACA	AFFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PREGONADA
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> HAS
<input checked="" type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA	Dr. Luis Fernando Borges Cirurgia Geral	SAMU 192-BV CONFERE-COM ORIGINAIS
<input type="checkbox"/> Pequena	RQE: 750 / CRM-RP 1582	EM 27/09/19 Stephanie Rubrica

INCIDENTES	Assinatura e Cachorro Artifício (Unidade de Destino)

RCP	RCP com sucesso	RCP sem sucesso
<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____		

CHAMADO	Pol.Cosme e Silva - PCCG	Hosp. Unimed
<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Irs - HLI
<input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR	<input type="checkbox"/> HMINS	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento / HGR		

CHAMADO CANCELADO	CHAMADO REABERTO
<input type="checkbox"/> Pol. 1	<input type="checkbox"/> Pol. 1
<input type="checkbox"/> Pol. 2	<input type="checkbox"/> Pol. 2
<input type="checkbox"/> Pol. 3	<input type="checkbox"/> Pol. 3
<input type="checkbox"/> Pol. 4	<input type="checkbox"/> Pol. 4
<input type="checkbox"/> Pol. 5	<input type="checkbox"/> Pol. 5
<input type="checkbox"/> Pol. 6	<input type="checkbox"/> Pol. 6
<input type="checkbox"/> Pol. 7	<input type="checkbox"/> Pol. 7
<input type="checkbox"/> Pol. 8	<input type="checkbox"/> Pol. 8
<input type="checkbox"/> Pol. 9	<input type="checkbox"/> Pol. 9
<input type="checkbox"/> Pol. 10	<input type="checkbox"/> Pol. 10
<input type="checkbox"/> Pol. 11	<input type="checkbox"/> Pol. 11
<input type="checkbox"/> Pol. 12	<input type="checkbox"/> Pol. 12
<input type="checkbox"/> Pol. 13	<input type="checkbox"/> Pol. 13
<input type="checkbox"/> Pol. 14	<input type="checkbox"/> Pol. 14
<input type="checkbox"/> Pol. 15	<input type="checkbox"/> Pol. 15
<input type="checkbox"/> Pol. 16	<input type="checkbox"/> Pol. 16
<input type="checkbox"/> Pol. 17	<input type="checkbox"/> Pol. 17
<input type="checkbox"/> Pol. 18	<input type="checkbox"/> Pol. 18
<input type="checkbox"/> Pol. 19	<input type="checkbox"/> Pol. 19
<input type="checkbox"/> Pol. 20	<input type="checkbox"/> Pol. 20
<input type="checkbox"/> Pol. 21	<input type="checkbox"/> Pol. 21
<input type="checkbox"/> Pol. 22	<input type="checkbox"/> Pol. 22
<input type="checkbox"/> Pol. 23	<input type="checkbox"/> Pol. 23
<input type="checkbox"/> Pol. 24	<input type="checkbox"/> Pol. 24
<input type="checkbox"/> Pol. 25	<input type="checkbox"/> Pol. 25
<input type="checkbox"/> Pol. 26	<input type="checkbox"/> Pol. 26
<input type="checkbox"/> Pol. 27	<input type="checkbox"/> Pol. 27
<input type="checkbox"/> Pol. 28	<input type="checkbox"/> Pol. 28
<input type="checkbox"/> Pol. 29	<input type="checkbox"/> Pol. 29
<input type="checkbox"/> Pol. 30	<input type="checkbox"/> Pol. 30
<input type="checkbox"/> Pol. 31	<input type="checkbox"/> Pol. 31
<input type="checkbox"/> Pol. 32	<input type="checkbox"/> Pol. 32
<input type="checkbox"/> Pol. 33	<input type="checkbox"/> Pol. 33
<input type="checkbox"/> Pol. 34	<input type="checkbox"/> Pol. 34
<input type="checkbox"/> Pol. 35	<input type="checkbox"/> Pol. 35
<input type="checkbox"/> Pol. 36	<input type="checkbox"/> Pol. 36
<input type="checkbox"/> Pol. 37	<input type="checkbox"/> Pol. 37
<input type="checkbox"/> Pol. 38	<input type="checkbox"/> Pol. 38
<input type="checkbox"/> Pol. 39	<input type="checkbox"/> Pol. 39
<input type="checkbox"/> Pol. 40	<input type="checkbox"/> Pol. 40
<input type="checkbox"/> Pol. 41	<input type="checkbox"/> Pol. 41
<input type="checkbox"/> Pol. 42	<input type="checkbox"/> Pol. 42
<input type="checkbox"/> Pol. 43	<input type="checkbox"/> Pol. 43
<input type="checkbox"/> Pol. 44	<input type="checkbox"/> Pol. 44
<input type="checkbox"/> Pol. 45	<input type="checkbox"/> Pol. 45
<input type="checkbox"/> Pol. 46	<input type="checkbox"/> Pol. 46
<input type="checkbox"/> Pol. 47	<input type="checkbox"/> Pol. 47
<input type="checkbox"/> Pol. 48	<input type="checkbox"/> Pol. 48
<input type="checkbox"/> Pol. 49	<input type="checkbox"/> Pol. 49
<input type="checkbox"/> Pol. 50	<input type="checkbox"/> Pol. 50
<input type="checkbox"/> Pol. 51	<input type="checkbox"/> Pol. 51
<input type="checkbox"/> Pol. 52	<input type="checkbox"/> Pol. 52
<input type="checkbox"/> Pol. 53	<input type="checkbox"/> Pol. 53
<input type="checkbox"/> Pol. 54	<input type="checkbox"/> Pol. 54
<input type="checkbox"/> Pol. 55	<input type="checkbox"/> Pol. 55
<input type="checkbox"/> Pol. 56	<input type="checkbox"/> Pol. 56
<input type="checkbox"/> Pol. 57	<input type="checkbox"/> Pol. 57
<input type="checkbox"/> Pol. 58	<input type="checkbox"/> Pol. 58
<input type="checkbox"/> Pol. 59	<input type="checkbox"/> Pol. 59
<input type="checkbox"/> Pol. 60	<input type="checkbox"/> Pol. 60
<input type="checkbox"/> Pol. 61	<input type="checkbox"/> Pol. 61
<input type="checkbox"/> Pol. 62	<input type="checkbox"/> Pol. 62
<input type="checkbox"/> Pol. 63	<input type="checkbox"/> Pol. 63
<input type="checkbox"/> Pol. 64	<input type="checkbox"/> Pol. 64
<input type="checkbox"/> Pol. 65	<input type="checkbox"/> Pol. 65
<input type="checkbox"/> Pol. 66	<input type="checkbox"/> Pol. 66
<input type="checkbox"/> Pol. 67	<input type="checkbox"/> Pol. 67
<input type="checkbox"/> Pol. 68	<input type="checkbox"/> Pol. 68
<input type="checkbox"/> Pol. 69	<input type="checkbox"/> Pol. 69
<input type="checkbox"/> Pol. 70	<input type="checkbox"/> Pol. 70
<input type="checkbox"/> Pol. 71	<input type="checkbox"/> Pol. 71
<input type="checkbox"/> Pol. 72	<input type="checkbox"/> Pol. 72
<input type="checkbox"/> Pol. 73	<input type="checkbox"/> Pol. 73
<input type="checkbox"/> Pol. 74	<input type="checkbox"/> Pol. 74
<input type="checkbox"/> Pol. 75	<input type="checkbox"/> Pol. 75
<input type="checkbox"/> Pol. 76	<input type="checkbox"/> Pol. 76
<input type="checkbox"/> Pol. 77	<input type="checkbox"/> Pol. 77
<input type="checkbox"/> Pol. 78	<input type="checkbox"/> Pol. 78
<input type="checkbox"/> Pol. 79	<input type="checkbox"/> Pol. 79
<input type="checkbox"/> Pol. 80	<input type="checkbox"/> Pol. 80
<input type="checkbox"/> Pol. 81	<input type="checkbox"/> Pol. 81
<input type="checkbox"/> Pol. 82	<input type="checkbox"/> Pol. 82
<input type="checkbox"/> Pol. 83	<input type="checkbox"/> Pol. 83
<input type="checkbox"/> Pol. 84	<input type="checkbox"/> Pol. 84
<input type="checkbox"/> Pol. 85	<input type="checkbox"/> Pol. 85
<input type="checkbox"/> Pol. 86	<input type="checkbox"/> Pol. 86
<input type="checkbox"/> Pol. 87	<input type="checkbox"/> Pol. 87
<input type="checkbox"/> Pol. 88	<input type="checkbox"/> Pol. 88
<input type="checkbox"/> Pol. 89	<input type="checkbox"/> Pol. 89
<input type="checkbox"/> Pol. 90	<input type="checkbox"/> Pol. 90
<input type="checkbox"/> Pol. 91	<input type="checkbox"/> Pol. 91
<input type="checkbox"/> Pol. 92	<input type="checkbox"/> Pol. 92
<input type="checkbox"/> Pol. 93	<input type="checkbox"/> Pol. 93
<input type="checkbox"/> Pol. 94	<input type="checkbox"/> Pol. 94
<input type="checkbox"/> Pol. 95	<input type="checkbox"/> Pol. 95
<input type="checkbox"/> Pol. 96	<input type="checkbox"/> Pol. 96
<input type="checkbox"/> Pol. 97	<input type="checkbox"/> Pol. 97
<input type="checkbox"/> Pol. 98	<input type="checkbox"/> Pol. 98
<input type="checkbox"/> Pol. 99	<input type="checkbox"/> Pol. 99
<input type="checkbox"/> Pol. 100	<input type="checkbox"/> Pol. 100
<input type="checkbox"/> Pol. 101	<input type="checkbox"/> Pol. 101
<input type="checkbox"/> Pol. 102	<input type="checkbox"/> Pol. 102
<input type="checkbox"/> Pol. 103	<input type="checkbox"/> Pol. 103
<input type="checkbox"/> Pol. 104	<input type="checkbox"/> Pol. 104
<input type="checkbox"/> Pol. 105	<input type="checkbox"/> Pol. 105
<input type="checkbox"/> Pol. 106	<input type="checkbox"/> Pol. 106
<input type="checkbox"/> Pol. 107	<input type="checkbox"/> Pol. 107
<input type="checkbox"/> Pol. 108	<input type="checkbox"/> Pol. 108
<input type="checkbox"/> Pol. 109	<input type="checkbox"/> Pol. 109
<input type="checkbox"/> Pol. 110	<input type="checkbox"/> Pol. 110
<input type="checkbox"/> Pol. 111	<input type="checkbox"/> Pol. 111
<input type="checkbox"/> Pol. 112	<input type="checkbox"/> Pol. 112
<input type="checkbox"/> Pol. 113	<input type="checkbox"/> Pol. 113
<input type="checkbox"/> Pol. 114	<input type="checkbox"/> Pol. 114
<input type="checkbox"/> Pol. 115	<input type="checkbox"/> Pol. 115
<input type="checkbox"/> Pol. 116	<input type="checkbox"/> Pol. 116
<input type="checkbox"/> Pol. 117	<input type="checkbox"/> Pol. 117
<input type="checkbox"/> Pol. 118	<input type="checkbox"/> Pol. 118
<input type="checkbox"/> Pol. 119	<input type="checkbox"/> Pol. 119
<input type="checkbox"/> Pol. 120	<input type="checkbox"/> Pol. 120
<input type="checkbox"/> Pol. 121	<input type="checkbox"/> Pol. 121
<input type="checkbox"/> Pol. 122	<input type="checkbox"/> Pol. 122
<input type="checkbox"/> Pol. 123	<input type="checkbox"/> Pol. 123
<input type="checkbox"/> Pol. 124	<input type="checkbox"/> Pol. 124
<input type="checkbox"/> Pol. 125	<input type="checkbox"/> Pol. 125
<input type="checkbox"/> Pol. 126	<input type="checkbox"/> Pol. 126
<input type="checkbox"/> Pol. 127	<input type="checkbox"/> Pol. 127
<input type="checkbox"/> Pol. 128	<input type="checkbox"/> Pol. 128
<input type="checkbox"/> Pol. 129	<input type="checkbox"/> Pol. 129
<input type="checkbox"/> Pol. 130	<input type="checkbox"/> Pol. 130
<input type="checkbox"/> Pol. 131	<input type="checkbox"/> Pol. 131
<input type="checkbox"/> Pol. 132	<input type="checkbox"/> Pol. 132
<input type="checkbox"/> Pol. 133	<input type="checkbox"/> Pol. 133
<input type="checkbox"/> Pol. 134	<input type="checkbox"/> Pol. 134
<input type="checkbox"/> Pol. 135	<input type="checkbox"/> Pol. 135
<input type="checkbox"/> Pol. 136	<input type="checkbox"/> Pol. 136
<input type="checkbox"/> Pol. 137	<input type="checkbox"/> Pol. 137
<input type="checkbox"/> Pol. 138	<input type="checkbox"/> Pol. 138
<input type="checkbox"/> Pol. 139	<input type="checkbox"/> Pol. 139
<input type="checkbox"/> Pol. 140	<input type="checkbox"/> Pol. 140
<input type="checkbox"/> Pol. 141	<input type="checkbox"/> Pol. 141
<input type="checkbox"/> Pol. 142	<input type="checkbox"/> Pol. 142
<input type="checkbox"/> Pol. 143	<input type="checkbox"/> Pol. 143
<input type="checkbox"/> Pol. 144	<input type="checkbox"/> Pol. 144
<input type="checkbox"/> Pol. 145	<input type="checkbox"/> Pol. 145
<input type="checkbox"/> Pol. 146	<input type="checkbox"/> Pol. 146
<input type="checkbox"/> Pol. 147	<input type="checkbox"/> Pol. 147
<input type="checkbox"/> Pol. 148	<input type="checkbox"/> Pol. 148
<input type="checkbox"/> Pol. 149	<input type="checkbox"/> Pol. 149
<input type="checkbox"/> Pol. 150	<input type="checkbox"/> Pol. 150
<input type="checkbox"/> Pol. 151	<input type="checkbox"/> Pol. 151
<input type="checkbox"/> Pol. 152	<input type="checkbox"/> Pol. 152
<input type="checkbox"/> Pol. 153	<input type="checkbox"/> Pol. 153
<input type="checkbox"/> Pol. 154	<input type="checkbox"/> Pol. 154
<input type="checkbox"/> Pol. 155	<input type="checkbox"/> Pol. 155
<input type="checkbox"/> Pol. 156	<input type="checkbox"/> Pol. 156
<input type="checkbox"/> Pol. 157	<input type="checkbox"/> Pol. 157
<input type="checkbox"/> Pol. 158	<input type="checkbox"/> Pol. 158
<input type="checkbox"/> Pol. 159	<input type="checkbox"/> Pol. 159
<input type="checkbox"/> Pol. 160	<input type="checkbox"/> Pol. 160
<input type="checkbox"/> Pol. 161	<input type="checkbox"/> Pol. 161
<input type="checkbox"/> Pol. 162	<input type="checkbox"/> Pol. 162
<input type="checkbox"/> Pol. 163	<input type="checkbox"/> Pol. 163
<input type="checkbox"/> Pol. 164	<input type="checkbox"/> Pol. 164
<input type="checkbox"/> Pol. 165	<input type="checkbox"/> Pol. 165
<input type="checkbox"/> Pol. 166	<input type="checkbox"/> Pol. 166
<input type="checkbox"/> Pol. 167	<input type="checkbox"/> Pol. 167
<input type="checkbox"/> Pol. 168	<input type="checkbox"/> Pol. 168
<input type="checkbox"/> Pol. 169	<input type="checkbox"/> Pol. 169
<input type="checkbox"/> Pol. 170	<input type="checkbox"/> Pol. 170
<input type="checkbox"/> Pol. 171	<input type="checkbox"/> Pol. 171
<input type="checkbox"/> Pol. 172	<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de Introdução Bougie	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotráqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Galco n° ____	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso Scalp n° ____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Dr. N. 47H, fomos acionados para darmos apoio a Braco III em uma colisão carro x moto; no local ja encontramos o paciente com o protocolo de trauma realizado, colar cervical + prancha rígida, paciente gestante de 03 semanas, sem plenitude diafragmática, apresentando dor em respiração fôlego + dor espesso, sem sinal de náusea, SSVV estável e conforme orientações do médico responsável paciente clamorosa aus Gut com mola.

Belarmino

Belarmino Magalhães Pereira

Técnico de Enfermagem/Estruturador Clínico

COREN-RR #10571-TÉC

2 pares de luvas m

2 " " " " 6

2 máscaras descompressivas

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
EM 27/09/19
Stephanie
Rutinica

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 Impressão autorizada pela SEFAZ 388/13

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0017088-7

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.

CONTAMÊS	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	kVArh	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	FCAM		Apresentação:	19/08/2019

Frequência de Leitura Mensal	NORMAL	Exceção de Detecção	Exceção de Consumo	30
------------------------------	--------	---------------------	--------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	I2907856	M-1603928	1.1.1.3	872
HISTÓRICO kWh/mês					
Mês/ano consumo					
JUL/19 805					
JUN/19 566					
MAI/19 754					
ABR/19 1046					
MAR/19 811					
FEV/19 1003					
JAN/19 995					
DEZ/18 773					
NOV/18 984					
OUT/18 1080					
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 547 - 0,534520					
CONSUMO 547 A R\$ 0,772737 = 422,68					
CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00 0,02					
CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 0,94					
MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00 1,26					
JUROS DE MORA POR ATR 06/19-00 0,23					
MULTA POR ATRASO 06/19-00 7,67					
JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00 2,17					
ILUMINACAO PUBLICA 42,05					

Pago em
15/09/2019

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade Fazendária e/ou Fazenda/Serviço de Fornecimento de
07/2019 674,41 energia elétrica a partir de 06/19-00. O 30% Pode ser pago
de 01/09/2019 a inclusão do valor da fatura de 08/19-00
conta. Caso esteja atrasado, proceda a pagamento. Fazer desconsiderar
este aviso...

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	Aliquota 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

Mês	7/19		8/19		9/19		10/19	
	Normal	Corrigido	Consumo	Média	Totalizado	Últ.	Média	Totalizado
7/19	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
8/19	0,67		6,00			0,22		

CENTRO

06/2019

ROT: 3.001.09.07.803200

SEU CÓDIGO

0017088-7

TOTAL A PAGAR - R\$

477,02

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

06/09/2019

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

Nº da Nota Fiscal: 003447874 FCAM

83620000004 7 77020075000 6 000000000017 4 08870819008 2



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garces, 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 Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0126055-3

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

OUTUBRO/2019VENCIMENTO
26/11/2019

CONSUMO (kWh)

363

TOTAL A PAGAR (R\$)

302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual:	28134
Anterior:	19771
Dia de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo médio:	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.: 12.001.02.11.683050	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	BI
Número Medidor:	147DBB0002
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENTIONAL

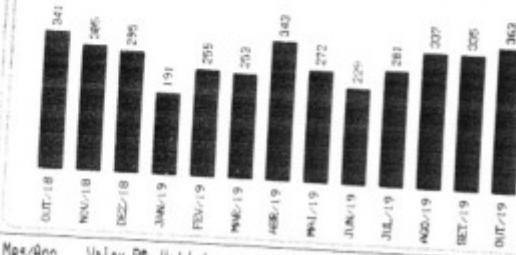
DESCRÍPCAO DA CONTA

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 363 - 0.634620

HISTÓRICO DE MEDICAO



Média 12 meses: 286

MENSAGENS
IMPORTANTESREAVISO DE
VENCIMENTO

MES/ANO 08/2019 Valor R\$ 265,64 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas retrasadas neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavisa(d) no valor de R\$ 210,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A THRIF RURAL DESC. ATÉ 30%.

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

RESERVADO AO FISCO

4324, 3H82, 6A34, 7405, 4DF9, 4302, CD4H, 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:	ALIQUOTA	VALOR
	17,00%	47,18
277,55	0,0000%	0,00
COFINS:	0,0000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mês	DIC			FIC			DMIC		DICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Limite	6,83	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54			
Realizado	8,43			1,00			0,00			
Conjunto	CENTRO						0,00			
R.: 12.001.02.11.683050				Período de apuração:	08/2019		EUSO:	110,56		

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



RDI.: 00216

LEITURA: 20134

DT-MEDID.: 26-11-2019

UF: 0126055-3

NOMENCL.: NORMAL

LNBX.: 000

DT.LEIT.: 29/10/2019

TOTAL: 302,83

COLETOR: 1001

T.ENTR.: 07

CARGA: 010

RH420 - 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 Impressão autorizada pela SEFAZ 388/13

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0017088-7

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.

CONTAMÊS	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	kVArh	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	FCAM		Apresentação:	19/08/2019

Período de Referência	NORMAL	Exclusão de Diferenças	Exclusão de Consumo	30
-----------------------	--------	------------------------	---------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	I2907856	M-1603928	1.1.1.3	872
HISTÓRICO kWh/mês					
Mês/ano consumo					
JUL/19 805					
JUN/19 566					
MAI/19 754					
ABR/19 1046					
MAR/19 811					
FEV/19 1003					
JAN/19 995					
DEZ/18 773					
NOV/18 984					
OUT/18 1080					
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 547 - 0,534520					
CONSUMO 547 A R\$ 0,772737 = 422,68					
CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00 0,02					
CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 0,94					
MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00 1,26					
JUROS DE MORA POR ATR 06/19-00 0,23					
MULTA POR ATRASO 06/19-00 7,67					
JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00 2,17					
ILUMINACAO PUBLICA 42,05					

Pago em
15/09/2019

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade Fazendária e/ou Fazenda Série do Fornecimento de energia elétrica a partir de 06/19-00. O 30% Pode ser pago dentro de 15 dias corridos a inclusão do nome no consumo por 100%. Caso esteja atrasado, proceder. Favor desconsiderar este aviso...

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	Aliquota 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

Mês	7/19		8/19		9/19		10/19	
	Normal	Corrigido	Consumo	Média	Totalizado	Últ.	Média	Totalizado
7/19	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
8/19	0,67		6,00			0,22		

CENTRO

06/2019

ROT: 3.001.09.07.803200

SEU CÓDIGO

0017088-7

TOTAL A PAGAR - R\$

477,02

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

06/09/2019

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

Nº da Nota Fiscal: 003447874 FCAM

83620000004 7 77020075000 6 000000000017 4 08870819008 2



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garces, 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 Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0126055-3

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

OUTUBRO/2019VENCIMENTO
26/11/2019

CONSUMO (kWh)

363

TOTAL A PAGAR (R\$)

302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual:	28134
Anterior:	19771
Dia de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo médio:	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.: 12.001.02.11.683050	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	BI
Número Medidor:	147DBB0002
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENTIONAL

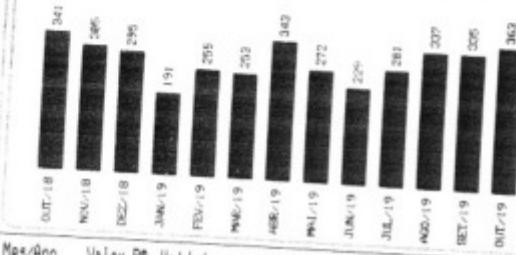
DESCRÍPCAO DA CONTA

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 363 - 0.634620

HISTÓRICO DE MEDICAO



Média 12 meses: 286

MENSAGENS
IMPORTANTESREAVISO DE
VENCIMENTO

MES/ANO 08/2019 Valor R\$ 265,64 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas retrasadas neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavisa(d) no valor de R\$ 210,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A THRIF RURAL DESC. ATÉ 30%.

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

RESERVADO AO FISCO

4324, 3H82, 6A34, 7405, 4DF9, 4302, CD44, 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:	ALIQUOTA	VALOR
	17,00%	47,18
277,55	0,00000%	0,00
COFINS:	0,00000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICRI
Mensal	12,06	24,12	7,27	14,54
Trimestral			29,08	3,54
Anual				
Mensal	6,83	12,06	7,27	14,54
Realizado	8,43		1,00	
Conjunto	CENTRO			
R.: 12.001.02.11.683050		Período de apuração:	08/2019	EUSO: 110,56

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



REF.: 00216

LEITURA: 20134

DT-MEDID.: 26-11-2019

NORMA/L:

LIREM01: 0000

DT-LEIT.: 29/10/2019

TOTAL: 302,83

COLETOR: 1001

T-ENTR.: 07

CARGA: 010

RH420 - 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 ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu TELVIA 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 INVALIDEZ 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> CEP: <u>69.301-050</u>
E-mail:	<u>confiancaest@hotmail.com</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 ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu TELVIA 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 INVALIDEZ da Vítima KARLA MICHELE COELHO GOMES

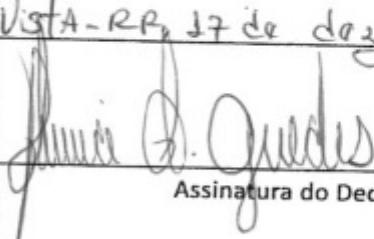
inscrito (a) no CPF sob o Nº 978.584.552-49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

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



Assinatura do Declarante



1ª Classificação/Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo	<input type="checkbox"/>	Amarelo	<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.



1901163293 18/09/2019 11:18:30

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 20

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
KARLA MICHELE COELHO GOMES	11/09/1989	30 A 0 M 7 D	702806610875360	97858455249	00017502			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
	264899			F	SOLTEIRO(A)	PARD	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe					Pai			Contato
MARIA TERESA DOS SANTOS					FRANCISCO DOS SANTOS GOMES			(95) 99123-4000
Endereço	Ocupação							
- RUA AUREO CRUZ - 1076 -- BOA VISTA - RR	NÃO INFORMADA							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.					Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA						EDVAN.NASCIMENTO	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							

For me p/mr

Anamnese de Enfermagem

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente referiu DOR e vermelho coxofemoral devido a corte de auto-ônibus
Referiu febre 38,5°C e curva 21 dias

Exame Físico

BFG, LAC, UHTM

Hipótese Diagnóstica

Pelite

Fratura Socic; retração muscular

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

Dipantac 1g(E)

A paciente concorda com a alta e recada

De verso a verso
CRM-RR 566

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brdg. Eduardo Gomes, S/N
AV. BRIG. EDUARDO GOMES, TEL (95) 2121-0622
Novo Horizonte AUTENTICAÇÃO

Conduta

Alta para Consulta médica
 Alta a Pediatra - CRM-RR 566
 Alta a Revalida
 Transferência para:

Cirurgião

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

2019
Shale
Certifico e dou fé que o presente
constitui cópia fiel da original
que foi apresentado neste hospital

Óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico







1500



GOVERNO DO AMÉRICA
AMAZÔNIA, PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOMER Kathia luciferin Crel RECEITURARIO

L JUNO

Paciente é fator da
Sadia, grávida,
precisa de um cadeirão
de rodas para se locomover

18/10/19

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 506
Assistência e Consultas

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Av Coronel Flávio Sá - Centro-Dois Irmãos RR
CEP: 69.301-160 - CAMPUS II, UFRN, Niterói-RJ

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME: ICAN LA NECA ERO COELHO GOMES

LALDO NEBICO

Paciente sofreu acidente o dia
18/09/18, apresentando fratura
de bacia.

CID S 32.5

Preciso apoio cirúrgico
Tempo aproximado de estadia no
hospital é de 90(noventa)
dias.

DATA 27/09/18

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

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 independem 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, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Alessandro Soares da Silva

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica
alessandro.silva@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4715



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 18/08/2018 11:18:30

2011-1月-27

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

ATTN ASS: SA-16-1429

PACIENTE		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		20
Paciente		Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário	
KARLA MICHELE COELHO GOMES		11/09/1989		30 A 0 M 7 D	702806610875360	97858455249	00017502	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
			264899	F	SOLTEIRO(A)	PARD	BOA VISTA - RR	NACIONALIDADE BRASILEIRA
Mãe								
MARIA TERESA DOS SANTOS								
Endereço								Ocupação
- RUA AUREO CRUZ - 1076 -- BOA VISTA - RR								NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira						

Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA					EDVAN.NASCIMENTO
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					

For me praz

Adamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)
Paciente N° fer 201 e revisão coexistente dentro prazo de atuação.
Referiu dores e curso 21 dias.
Exame Físico

BFG, loc, what?

Hipótese Diagnóstica

Policlínica Futura Sociedade Integrada

PREScrição **ADAPtação** **OBSErvatóRIO**

Dipomiz (p.E.) APENASMENTO
p fricat ^{2/26} concreto + rede
ATC é entopl.

~~ANEXO M
- 61102: 0817.01
Medico
18-2068~~

~~DEPARTAMENTO DE INVESTIGACAO CRIMINAL~~ | AV. BRIG. EDRICIO
AV. BRIG. EDRICIO NOVAES, 100 - FONE: (95) 2121-0621
NOVO HAMBURGO - RS - AUTENTICAÇÃO

<input checked="" type="checkbox"/> Alta para Consulta Ambulatorial	<input type="checkbox"/> Ambulatório
<input type="checkbox"/> Alta a Pedágio - AR 566	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)
<input type="checkbox"/> Alta a Bebedaria	<input type="checkbox"/> Internação
<input type="checkbox"/> Transferência para: <u>Cirurgia</u>	Data e Hora da Saída/Alta:
Óbito	Nov. 2019 Sheila Certifico e Dou Fé que a presente é a Sua Assinatura Original

Antes do 1º Aendimento? 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







1500



GOVERNO DO AMÉRICA
AMAZÔNIA, PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOMER Kathia luciferin Crel RECEITURARIO

L JUNO

Paciente é fator da
Sadia, grávida,
precisa de um cadeirão
de rodas para se locomover

18/10/19

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 506
Assistência e Consultas

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Av Coronel Flávio Sá - Centro-Dois Irmãos RR
CEP: 69.301-160 - CAMPUS II, UFRN, Niterói-RJ

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME: ICAN LA NECAERO COELHO GOMES

LALDO NEBICO

Paciente sofreu acidente o dia
18/09/18, apresentando fratura
de bacia.

CID S 32.5

Preciso apoio cirúrgico
Tempo aproximado de estadia no
hospital é de 90(noventa)
dias.

DATA 27/09/18

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

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 ODEJO CRUZ



Polegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Série 00000000000000000000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDADE
SUSPENSAO

30/01/2017

REGISTRO
GERAL

524555-9

NOME

TELVIA SANTIAGO GUEDES

RESUMO

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIZADO

SANTARÉM - PA

DOC. ORIGEM

CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91 AMADEU ROCHA TRIANI

Partido Progressista da Polícia Civil

Diretor do SDC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

18/11/1970

P 1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODEJO CRUZ



Polegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Série 00000000000000000000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDADE
SUSPENSAO

30/01/2017

REGISTRO
GERAL

524555-9

NOME

TELVIA SANTIAGO GUEDES

RESUMO

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NASCIMENTO:

SANTARÉM - PA

DOC. ORIGEM:

CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF:

739.248.066-91 AMADEU ROCHA TRIANI

Partido Progressista da Polícia Civil

Diretor do SDC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Validade: 30/01/2017

18/11/1970

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR

Nº 013975799381

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01	CÓD. RENAVAM 01005953123	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO 2019
-----------	-----------------------------	------------	-------------------

NOME
KARLA MICHELLE COELHO SOARES

RR

CPF / CNPJ
978.584.552-49

PLACA
NAY3575

PLACA ANTI-UF

CHASSI
NAY3575 - RR - 9C2JC4820ER020129

ESPECIE/TIPO

PAS/MOTONETE/P/NOB/AP/TC

COMBUSTÍVEL

ALCOV/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/B12 125 ES

ANO FAB.

2014

ANO MOD.

2014

CAP / POT / CIL.

EP/0124CC/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA

PAGO

VENC. COTA ÚNICA

PAGO

VENC. / COTAS

1º *****

FAIXA I PVA

** PAGO - COTA ÚNICA **

2º *****

3º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

R\$11.800,00 - 50%
10/09/2013

SEGURADO CBRI/CATÓFICO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A
MOZENDO IDADE * DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATÓRIO
NAO VALORIZA AT TRANSFERÊNCIA

Georges Brasil
Diretor Presidente Interino
DETTRAN-RR

BOA VISTA-RR

DATA

20/09/2013

EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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.seguradoraalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
20/09/2013

VIA
01

CPF / CNPJ
978.584.552-49

PLACA
NAY3575

RENAVAM
01005953123

MARCA / MODELO
HONDA/B12 125 ES

ANO FAB.
2014

CAT. TARE

Nº CHASSI
9C2JC4820ER020129

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)
R\$36,05

DETTRAN (R\$)
R\$4,01

CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$)
R\$4,15

IOF (R\$)
R\$0,38

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
R\$44,50

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

10/09/2013

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

OUT/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR N° 013975799381
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.P.C.	EXERCÍCIO
01	01005963123		2013
NOME			
KARLA MICHELLE COELHO GOMES			
RR			
CPF / CNPJ	PLACA		
978.584.552-49	NAY3575		
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
NAY3575 - RR	3C2JC4B20CR020123		
ESPECIE / TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS / MOTONET / P. NCG / APÓTC	ALCO/ GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/BIZ 125 ES	2014	2014	
CAP / POT / CIL.	CATEGORIA		
RP/012400/	PARTICU		
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
I *PAGO*	*PAGO*	1 ^a *****	
P FAIXA / PVA.	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^a *****	
A ** PAGO COTA ÚNICA **		3 ^a *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
R\$14.000,00	R\$0,00	R\$14.000,00	10/09/2013
SEGURADO OBRIGATÓRIO			
SEM RESERVA DE EXCLUSIVO * PROIB. SAIR DA A MAZEM D' LIDER * DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATÓRIO NAO VAI PARA A TRANSFERÊNCIA			
De: <i>Karla Michelle Gomes Brasil</i> Dir. Presidente Interino DETAN-RR			
DATA 20/09/2013			
EXPEDIDOR			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR N° 013975799381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2013

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

www.seguradoraalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 20/09/2013

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	978.584.552-49	NAY3575
RENAVAM	MARCA / MODELO	
01005963123	HONDA/BIZ 125 ES	
ANO FAB.	ANO FAB.	NR CHASSI
2014	2014	3C2JC4B20CR020123
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$36,05	R\$4,01	R\$40,06
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
R\$4,15	R\$0,32	R\$44,47
PAGAMENTO		
COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
		10/09/2013

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

OUT/2013

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 médica-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 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