



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034366/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/08/2018 13:32 Data/Hora Fim: 28/08/2018 14:23
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegário Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 10/05/2018 16:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Av. Padre Anchieta com BR 205

Tipo do Local: Via Pública

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 MAR 2019

Bairro: Cidade Satélite

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Melô(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: INES ELOISA RAMOS RINCONES (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Venezuelana

Naturalidade: Maturir Monaga Sexo: Feminino

Nasc: 10/06/1986

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Emirsel del Carmen Rincones

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua João Carlos Amazonas

Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 605

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Ciclomotor

Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

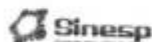
Desconhecido 1

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A vítima veio à essa unidade comunicar que no dia 10/05/2018 por volta das 16:30 horas foi atropelada por uma moto, vítima não soube informar a placa, apenas lembra que a polícia militar esteve no local.



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegário Gomes
Impresso por: José Benedito Bezerra
Data de Impressão: 28/08/2018 14:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

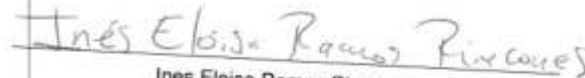
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034366/2018

ASSINATURAS



José Benedito Bezerra
Responsável pelo Alendimento
MAT: 04200236



Ines Eloisa Ramos Rincónes
(Vítima / Comunicante)

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

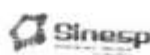
12 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegário Gomes
Impresso por: José Benedito Bezerra
Data de Impressão: 28/08/2018 14:24
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 SET 2019

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº. 034363/2018-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/09/2019 09:15 Data/Hora Fim: 09/09/2019 09:31
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegário Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 10/05/2018 16:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av. Padre Anchieta com BR 223

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: INES ELOISA RAMOS RINCONES (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Venezuelana

Naturalidade: MATURICION, ONAGA Sexo: Feminino

Nasc: 10/06/1986

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Emise de Carman Rincónes

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua João Carlos Amazonas
Bairro: CIDADE SATELITE

DAT

SET 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

OBJETOS ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Descrição: moto

Quantidade: 1 Unidade

Subgrupo: Ciclomotor

Veículo adulterado? Não

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

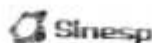
Desconhecido 1

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A vítima veio à essa unidade comunicar que no dia 10/05/2018 por volta das 16:30 horas foi atropelada por uma motocicleta. A vítima não soube informar a placa tendo em vista que o motociclista se afastou após o acidente. Que devido ao acidente a comunicante sofreu lesão corporal. Que lembra que a polícia militar enviou ao local do acidente. Era o relato.



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegário Gomes
Impresso por: Ernandes F. Pereira Lima
Data de Impressão: 09/09/2019 09:31
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

File: Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RJ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034366/2018-A03

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes Ferreira Lima

Agente de Polícia

Matrícula 41.000.12

Responsável pelo Atendimento

Ines Eloisa Ramos Rincões

(Comunicante / Vítima)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) autor(a) do crime e/ou vítima do crime, e assim, declaro a veracidade das informações prestadas, sob as penas da Lei, e/ou do Código Penal Brasileiro.

Declaro, sob as penas da Lei, e/ou do Código Penal Brasileiro, que sou o(a) autor(a) do crime e/ou vítima do crime, e assim, declaro a veracidade das informações prestadas, sob as penas da Lei, e/ou do Código Penal Brasileiro.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034366/2018-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/09/2019 09:28 Data/Hora Fim: 09/09/2019 09:31
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegário Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 10/05/2018 16:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: Av. Padre Anchieta com BR 205

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: INES ELOISA RAMOS RINCONES (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Feminino

Nasc: 10/06/1986

Idade: 33 anos

Naturalidade: Maturir Monaga Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Emirse del Carmen Rincones

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua João Carlos Amazonas

Nº: 605

Bairro: CIDADE SATELITE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Ciclomotor

Descrição: moto

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A vítima veio à essa unidade comunicar que no dia 10/05/2018 por volta das 16:30 horas foi atropelada por uma motocicleta, a vítima não soube informar a placa tendo em vista que o motociclista se evadiu do local após o acidente. Que devido ao acidente a comunicante sofreu lesão corporal. Que lembra que a polícia militar esteve no local do Acidente. Era o relato.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034366/2018-A03

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

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





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019689/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/05/2018 20:05 Data/Hora Fim: 10/05/2018 20:50
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808427 Data: 10/05/2018
Delegado de Polícia: Suebia Cardoso da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 10/05/2018 17:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Cidade Satélite
Logradouro: AV: PADRE ANCHIETA C/RR 205

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo
1232: DIRIGIR VEÍCULO SEM A DEVIDA PERMISSÃO PARA DIRIGIR OU CNH OU, AINDA, SE CASSADO O DIREITO DE DIRIGIR, GERANDO PERIGO DE DANO (ART. 309 DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO NUNES DE SOUSA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 17/09/2003 Idade: 16 anos
Naturalidade: MA - Brejo de Areia Profissão: Estudante
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Alcilene Nunes de Sousa

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 061719312017-3
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 626.515.783-39

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 43

Bairro: JOÃO DE BARRO

Nome Civil: INES ELOISA RAMOS RINCONES (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade:
Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 706.568.312-51

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: JOÃO CARLOS AMAZONAS

Nº: 610

Bairro: CIDADE SATELITE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019689/2018

Telefone: (95) 99153-1139 (Celular)

Nome Civil: EDUARDO PLANCHE (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade:

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: JOÃO CARLOS AMAZONAS

Nº: 610

Bairro: CIDADE SATELITE

Razão Social: (ESTADO) (VÍTIMA)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Placa NAO0963

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 ED

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Número do Chassi 19675

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 ED

Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

Antonio Nunes de Sousa

Envolvimentos

Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM, Relata o seguinte fato: Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência no local acima descrito e quando lá chegamos encontramos as vítimas acima descritas, recebendo atendimento da Equipe do SAMU e a bicicleta envolvida no acidente já havia sido levada do local, bem como o veículo pilotado pelo autor acima qualificado, já tinha sido colocado em outro local. O autor se apresentou como condutor da motocicleta ora citada e nos relatou que seguia conduzindo a motocicleta pela Av: Padre Anchieta sentido RR 205 e ao chegar no cruzamento estava chovendo e quando freou não conseguiu parar e colidiu com a bicicleta que tinha como condutora Ines, e Garupa a vítima Eduardo. A mesma nos informou que seguiam pela RR 205 rumo ao Bairro Cidade Satelite e quando passavam pelo cruzamento com a Av: Padre Anchieta quando a motocicleta colidiu em sua bicicleta. A vítima Ines teve fratura na perna esquerda e foi levada pela Equipe do SAMU juntamente com a vítima Eduardo para o PS e continua lá para maiores exames. O autor teve escoriações no joelho esquerdo, no cotovelo esquerdo e no dedão do pé direito, devido a colisão com a bicicleta e a queda no chão. Apresento o autor para as devidas providencias, tendo em vista o mesmo ser menor de idade e estar conduzindo um veículo automotor tendo se envolvido em acidente com vítima. O autor nos informou que sua Genitora está viajando e deixou a motocicleta com ele. A motocicleta foi removida ao pátio do DETRAN por não ter aparecido ninguém responsável nem pelo Menor e nem pelo veículo. Era o que tinha a relatar.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

706.568.312-51

Nome completo da vítima:

Inês Elvira Ramos Rincón

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Rua: João Carlos Amazonas

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CPF:

706.568.312-51

Número:

610

Complemento:

CEP:

69.317-550

Tel. (DDD):

(35) 99131-1149

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 8526

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 26581

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

29 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

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.

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grav de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Inês Elvira Ramos Rincón

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF: 902.397.922-20

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: INES ELOISA RAMOS RINCONES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000026591-6

Autenticação:

E066D7CC3F8801988DF6802F6DDB86AA82C58EA6E5B8D8D98498F8ECE202EA15

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1

Regime especial de tributação autorizado pelo DEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal

001601711

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 13.438 de 30 de abril de 2012

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
01/10/2018	01/11/2018	124	92,13

DANGLIA MAIA CABRAL

R. JOAO CARLOS ANAZONAS 810 CIDADE SATELITE

CPF: 00011238950230

CEP: 69.317-550 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.05.035400

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
kWh	kVAh		
Atual:	215	Atual:	13/10/2018
Anterior:	91	Anterior:	12/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Proxima Leitura:	13/11/2018
Consumo Medido:	124	Emissão:	11/10/2018
Consumo Faturado:	124	Assentado:	13/10/2018

Forma de Pagamento	Forma de Pagamento	Data de Consumo
--------------------	--------------------	-----------------

Chave/Subchave	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Mês 12 meses
----------------	---------	----------------	-------	-------------	--------------

RESIDENCIAL	BT	1000729677		1.1.1	61
-------------	----	------------	--	-------	----

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
---------------	--------------------

Mês/ano consumo	
SET/18	91
AGO/18	104
JUL/18	113
JUN/18	127
MAI/18	47
ABR/18	37
MAR/18	51
FEV/18	61
JAN/18	192
DEZ/17	150
TOTAL	1.145
0,9	0,90

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

CASO HÁ OBRANCA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBO) / OBRAS SER CANCELADAS EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 0800/039110 E FAÇA O CANCELAMENTO ÀS 11:00-21:00. Parabeniz! Até o dia 11/10/2018, não constatará faturas vencidas nesta Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)	IMPOSTOS DE PRODUTOS (R\$)
Distribuição:	Base de Cálculo:
Energia:	Alíquota ICMS:
Transmissão:	Valor do ICMS:
Encargos:	Valor do PIS:
Tributos:	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Indicador	Valor	Indicador	Valor
Índice de Continuidade	8,85	Índice de Continuidade	8,85
Índice de Continuidade	17,70	Índice de Continuidade	17,70
Índice de Continuidade	35,40	Índice de Continuidade	35,40
Índice de Continuidade	8,46	Índice de Continuidade	8,46
Índice de Continuidade	16,92	Índice de Continuidade	16,92
Índice de Continuidade	33,34	Índice de Continuidade	33,34
Índice de Continuidade	4,82	Índice de Continuidade	4,82

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Boa Vista - RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800948727	10/05/2018 17:50:25	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	38
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
INES ELOISA RAMOS RINCONES	10/06/1986	31 A 11 M 0 D	708600040913885	70656831251		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
				F	NAO	PARDA
Mãe	INFORMADO			Naturalidade	VENEZUELA	
EMIRSE DEL CARMEN RINCONES	CIRO OSWALDO RAMOS MARQUEZ			Contato		
Endereço	RUA - PAPA JOAO PAULO II - 2312 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR			Ocupação		
Class. de Risco	Plano Convênio	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ATROPELAMENTO	URGÊNCIA	Procedimento Sol.	Registrado por: FLAVIO ALVES			
Seloir	Tipo de Chegada					
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem	GENTE SEGURADORA S/A			GSC	TOTAL	
	Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 434 - Boa Vista - RR			AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)						
Vítima de colisão: Moto e 3ª com ruído de ferro						
Exame Físico						
19. por 1 de 1000 de 10 pontos 25						
Hipótese Diagnóstica						
FRACTURA DE TÍBIA (R).						
SADT - Exames Complementares						
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
Tubo e fixação com						
Diploia						
As 17:20						
Conduta						
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:			<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:			
óbito						
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Destino: <input type="checkbox"/> Família			
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: flavio.alves						
Data Hora: 10/05/2018 17:52:12						

2. Dado por - Dr. Adilson

De acordo com o adendo de auto oporcionado por ...
... e ...
...

W. Gout. RX. Fungo

Dr. Fernando ...
10 MAR 2018

HOSPITAL ...
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nove Planos Tel: (51) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
13 SET 2018
Certifico e Dou fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apreendida neste Hospital

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Carlos João Batista, 414 - Boa Vista - RS

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		29 MAR 2013 GENTE SEGURADORA S/A (Cópia não verificada)	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		100494	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
70800000000000000000		10/06/1980	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
Fátima de Almeida Rangelino		F	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
R. João Carlos Amargoso 600 - Vila Solitária		919491153113	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
BV		22	
		15 - UF	
		RR	
		18 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente apresentando fraqueza
na tórax + INE + 2 meses

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO amarelado.



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

amarelado + ex físico + ttx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

f + tórax + INE (e)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

INTERNAÇÃO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - CÓDIGO DO BILHETE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

40 - CNAE DA EMPRESA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019
 5822 T068
 5826 W499

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral do RoraimaSECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>INOS ELORA Rômulo Rômulo</i>					
DIAGNÓSTICO <i>Fratura de tíbia e fíbula</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>12/07/18</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				<i>12:00</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H <i>Susp.</i>				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				<i>24:00</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				<i>S/N</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>S/N</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>S/N</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				<i>06:00 14:00</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>S/N</i>
10	SSV + CCGG 6/6 H				<i>Rotina</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				<i>ATENÇÃO</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>Diário</i>
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

Dr. Marcos Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19728/R

29 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

VOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

*INTELETO 120 V27
PA 120 V27
FC 75
TAX 35.2%
DR VTC*

Kátia Mafrá S. de Castro
Enfermeira
COREN-RR 121.159-ENF

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

*24 dias
PA 105/65
FC 80
TAX 35.2%
DR VTC*



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	INES ELOISA RAMOS RINCONES				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE TIBIA + TNZ E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	13/07/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				300
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				fronte
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Retiro
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Atenção
14	CURATIVO DIARIO				Cureta
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	T	TC	PA	
6 H				
12 H				
18 H	36,4	69	250/30	
24 H	36,4	69	250/30	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Cemai P. Povril Litle
Técnica de Enfermagem
Coren-RN 001.008 E



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



DATA DE ADMISSÃO	12/07/2018	DIH		DN	10/06/1986
PACIENTE: INES ELOISA RAMOS RINCONES					
AGNÓSTICO: FRATURA TIBIA E TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS					
IDADE	32	HAS		DM2	
LEITO	204-2	DATA	14/07/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				manhã
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				cc
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
14	SSVV + CCGG 6/6 H				12/18 24/06
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<p align="center">ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p align="center">29 MAR 2018</p> <p align="center">GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR</p> <p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUZA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18814/RR

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	100x60	77		36°
18 H	100x60	70		36°
24 H	100x60	70		36°

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

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



DATA DE ADMISSÃO: 12/07/2018 DIH: DN: 10/06/1986

PACIENTE: INES ELOISA RAMOS RINCONES
 ANOS: FRATURA TIBIA E TORNOZELO ESQUERDO

IDADE: 32 HAS: LEITO: 204-2 DM2: DATA: 15/07/2018

EM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AVP	med
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	KE
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SN
13	CURATIVO DIÁRIO	ROTINA
14	SSVV + CCGG 6/6 H	12 18 24
15		
16		
17		
18		
19		
20		

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 411 - São José, PE

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RECONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 SOLICITADO:
 CONDUTA:
 PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
CH	PA	FC	FR	
12 H	120	78	16	
18 H				
24 H				

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

6:15
 PB - 106 x 66
 P - 78
 T - 36.0



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES

231965-9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES

231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

INES ELOISA RAMOS RINCONES

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO

00166794

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708600040913885

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/06/1986

9 - SEXO

3 - Feminino

10 - RAÇA / COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

EMIRSE DEL CARMEN RINCONES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

INES ELOISA RAMOS RINCONES

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA: JOAO CARLOS AMAZONAS - 610 - - CIDADE SATELITE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - COD. IGE MUNICÍPIO

140010

18 - UF

RR

19 - CEP

69.316-708

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÉNUO DE VERIFICAÇÃO
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

29 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

OK

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/07/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÓCIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CNOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

48 - NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS

☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
13 SET 2018
Carimbo
Cópia
que foi
preservada
em
este
processo

Julia Maria Ferreira de Souza
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 573.674-1



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
706.568.312-51

Nome
INES ELOISA RAMOS RINCONES

Nascimento
10/06/1986

CÓDIGO DE CONTROLE
3165.C8DF.2B24.A22C



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:26:51 do dia 02/04/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MESP - POLÍCIA FEDERAL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE IMIGRAÇÃO - DELEMIG/DREX/SR/PF

ÁREA DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 MAR 2019

AGENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bursatto, 434 - Boa Vista - F.

Documento Provisório de Identidade de Estrangeiro DADOS DO ESTRANGEIRO Nome: INES ELOISA RAMOS RINCONES Nome do pai: CIRO OSWALDO RAMOS MARQUEZ Nome da mãe: EMIRSE DEL CARMEN RINCONES Data de nascimento: 10/06/1986 Gênero: FEMININO Nacionalidade: VENEZUELA Assinatura:		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA COMITÊ NACIONAL PARA REFUGIADOS Protocolo nº.: 08485.012245/2018-23 Data de Expedição: 23/03/2018 Data de Validade: 23/03/2019
	Tipo do pedido: SOLICITAÇÃO DE REFÚGIO Solicitação nos termos da Lei: 9.474/1997 Anexo I da Resolução CONARE nº 18/14	
Assinatura do servidor (Assinar eletronicamente)		A Lei 9.474/1997 assegura ao portador deste documento que "em hipótese alguma será efetuada sua deportação para fronteira de território em que sua vida ou liberdade esteja ameaçada, em virtude de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opinião política" (Artigo 7, §1) Este protocolo é documento de identidade válido em todo o território nacional e prova da condição migratória regular do seu titular. O titular deste protocolo possui os mesmos direitos de qualquer outro estrangeiro em situação regular no Brasil e deve ser tratado sem discriminação de qualquer natureza. O titular deste protocolo deverá manter os seus contatos atualizados e comunicar a Polícia Federal e ao CONARE em caso de qualquer alteração em seu telefone, endereço e e-mail. A comunicação pode ser feita pelos seguintes meios: - pessoalmente, na Delegacia de Polícia Federal mais próxima - por escrito, para o e-mail conare@dpf.gov.br - pelo telefone (61) 2025-9225 Assinatura: (assinado eletronicamente)



Documento assinado eletronicamente por FRANCISCO OTHON DE ALENCAR GADELHA, Agente Administrativo, em 23/03/2018, às 15:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.dpf.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 6066481 e o código CRC FD4E26E2.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190245512
Nome do(a) Examinado(a):	INES ELOISA RAMOS RINCONES
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA JOÃO CARLOS AMAZONAS 610 CIDADE SATÉLITE
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	706.568.312-51
Data e local do acidente:	10/05/2018 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 26/03/2020

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO BICICLETA COM MOTO COM FRATURA DA TIBIA E: TERÇOS MÉDIO/DISTAL

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 08 MESES, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2020

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

TORNOZELO E: DISCRETA ALTERAÇÃO ANATÔMICA E DISCRETA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE EXTENSÃO/FLEXÃO

IV) Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

TORNOZELO E: COMPROMETIMENTO RESIDUAL

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): TORNOZELO ESQUERDO

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII) . * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190245512 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INES ELOISA RAMOS RINCONES **Data do acidente:** 10/05/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS TERÇOS MÉDIO E DISTAL DA TIBIA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: REALIZOU IMOBILIZAÇÃO GESSADA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/03/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECU DEFICIÊNCIA NO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU RESIDUAL.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109418/19

Número do Sinistro: 3190245512

Vítima: INES ELOISA RAMOS RINCONES

CPF: 706.568.312-51

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 10/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: INES ELOISA RAMOS RINCONES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2019
Nome: INES ELOISA RAMOS RINCONES
CPF: 706.568.312-51

INES ELOISA RAMOS RINCONES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109418/19

Número do Sinistro: 3190245512

Vítima: INES ELOISA RAMOS RINCONES

CPF: 706.568.312-51

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 10/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: INES ELOISA RAMOS RINCONES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/03/2020
Nome: INES ELOISA RAMOS RINCONES
CPF: 706.568.312-51

INES ELOISA RAMOS RINCONES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190245512

Vítima: INES ELOISA RAMOS RINCONES

Data do Acidente: 10/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), INES ELOISA RAMOS RINCONES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190245512

Vítima: INES ELOISA RAMOS RINCONES

Data do Acidente: 10/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), INES ELOISA RAMOS RINCONES

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190245512 Vítima: INES ELOISA RAMOS RINCONES

Data do Acidente: 10/05/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), INES ELOISA RAMOS RINCONES

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
-----------------------	--

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190245512 Vítima: INES ELOISA RAMOS RINCONES

Data do Acidente: 10/05/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), INES ELOISA RAMOS RINCONES

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.
-----------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190245512

Vítima: INES ELOISA RAMOS RINCONES

Data do Acidente: 10/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), INES ELOISA RAMOS RINCONES

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190245512

Vítima: INES ELOISA RAMOS RINCONES

Data do Acidente: 10/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), INES ELOISA RAMOS RINCONES

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: INES ELOISA RAMOS RINCONES

Valor: R\$ 337,50

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000026591-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

706.568.312-51

Nome completo da vítima:

Inês Elvira Ramos Rincón

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Rua: João Carlos Amazonas

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CPF:

706.568.312-51

Número:

610

Complemento:

CEP:

69.317-550

Tel. (DDD):

(35) 99131-1149

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 8526

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 26581

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

29 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

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

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

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gravidade de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Inês Elvira Ramos Rincón

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF: 902.397.922-20

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. É OBRIGATÓRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034366/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/08/2018 13:32 Data/Hora Fim: 28/08/2018 14:23
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegário Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 10/05/2018 16:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Av. Padre Anchieta com BR 205

Tipo do Local: Via Pública

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 MAR 2019

Bairro: Cidade Satélite

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: INES ELOISA RAMOS RINCONES (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Venezuelana

Naturalidade: Maturiz Monaga

Sexo: Feminino

Nasc: 10/06/1986

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Emirse del Carmen Rincones

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua João Carlos Amazonas

Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 605

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo: Ciclomotor

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A vítima veio à essa unidade comunicar que no dia 10/05/2018 por volta das 16:30 horas foi atropelada por uma moto, vítima não soube informar a placa, apenas lembra que a polícia militar esteve no local.



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegário Gomes
Impresso por: José Benedito Bezerra
Data de Impressão: 28/08/2018 14:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034366/2018

ASSINATURAS


José Benedito Bezerra
Responsável pelo Atestamento


Ines Eloisa Ramos Rincónes
(Vítima / Comunicante)

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

