

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5371748

VALDENIZA OLIVEIRA DE SOUZA

AV SEBASTIAO DINIZ, 1861, 4

SAO VICENTE

69303475 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 169161	MÊS 06/2020	PERÍODO DE CONSUMO 14-MAY-20 a 15-JUN-20
CONSUMO (kWh) 170	VENCIMENTO 06-JUL-20	TOTAL A PAGAR R\$ 26,94

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70.19 120

autenticação mecânica

resorte agul

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 169161	MÊS 06/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 26,94
------------------------	----------------	----------------------------

836100000006.269400750007.000000000166.916106200055



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Número do ASL:

3 - CPF da vítima:

024.887.692.90

4 - Nome completo da vítima:

Guilherme Oliveira de Souza

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

5 - Nome completo:

Guilherme Oliveira de Souza

6 - Profissão:

Autônomo

8 - Dependente:

Dr. Sebastião Cruz

9 - CEP:

024.887.692.90

10 - Número:

1887

11 - Complemento:

Carim

12 - Bairro:

São Vicente

13 - Cidade:

Bar Vitor

14 - Estado:

PE

15 - CEP:

69.303-475

16 - E-mail:

ludibavista.pendenc@bolmail.com

17 - Tel (DDD):

(45) 99117 5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

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 BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEANCA (Somente para as contas abaixo /assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as contas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

5780

CONTA:

11.209

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.294/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que sua 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.

40 - Local e Data:

Bar Vitor - PE, 16 de junho 2020

Guilherme Oliveira de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 20019637801



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobal /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente: e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D'EGG LIAZ, inscricao 1971899, Polícia Rodoviária Federal, em 25/04/2020, conforme Ato do oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei da Procuradoria RF 2.700 2, de 24 de agosto de 2001, no art. 1º do Decreto nº 3.539, de 20 de outubro de 2015 e no Anexo II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 37-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 20019637801 e o número de controle FRO2DFR-3 ET-3A3053C7338CA-65F4.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019637B01

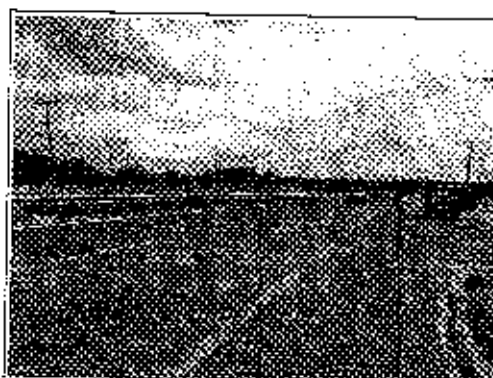
INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 20/04/2020 Hora: 13:40 Município: BOA VISTA/RR
BR: 174 KM: 501,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: DIEGO LUIZ, 1971889

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Declive, Relva	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Nublado	Fase do dia: Pôr do sol

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Em Boa Vista, Roraima, BR 174, Km 501, acidente rodoviário tipo colisão traseira, envolvendo o veículo automóvel placa NBA 8201, conduzido por Gustavo da Silva Santana, tendo como passageiro Luis Javier Arcova Idrogo, e o veículo motocicleta placa NAZ 3108, conduzida pelo senhor Guilherme Oliveira de Sousa. Após acionamento via C3R, equipe deslocou-se, e chegando ao local, visualizou os veículos parados em pista adjacente a direita, estando no local o condutor do automóvel, o passageiro do automóvel, tendo já o condutor da motocicleta socorrido ao HGR. Realizado teste de etilômetro no condutor do veículo, tendo como resultado 0,00. Realizados os procedimentos e concluído atendimento no local, equipe deslocou-se ao HGR para verificar as condições do condutor da motocicleta, realizado teste de etilômetro 0,00, finalizando o atendimento. Automóvel entregue ao proprietário. Motocicleta entregue ao senhor Basílio Nascimento de Souza, CNH 01291850189. Realizados demais procedimentos administrativos cabíveis.



Documento assinado eletronicamente por DIEGO LUIZ, matrícula 1971889, Policial Rodoviária Federal, em 20/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 e no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea III do inciso IV do art. 2º da Lei de Segurança Nacional nº 4740, de 12 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/portal/autenticar>, informando o protocolo 20019637B01 e o número de controle CB02DFB01-27682B3C0731804F-6B74.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

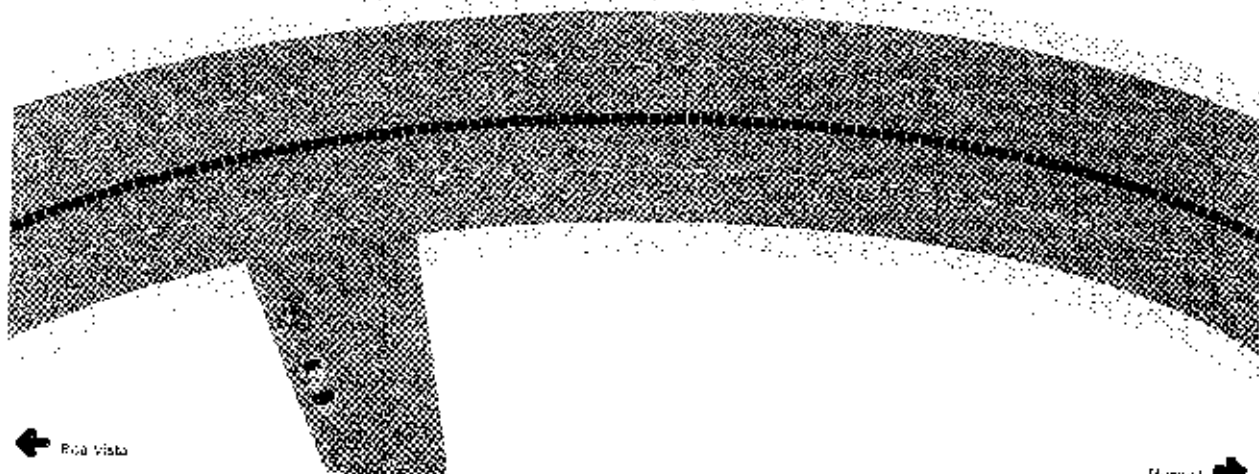


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019637B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local do fato:



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Nome do Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Local	Temperatura (m)	Detalhamento (m)	Afastamento (m)
--------	-------	-----------------	------------------	-----------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Situação	Comprometimento
---------------	----------	-----------------



Documento assinado eletronicamente por DILSO LUIZ, matrícula nº 11889, Polícia Rodoviária Federal, em 25/04/2020, conforme Assinatura Oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 3.535, de 6 de outubro de 2015 e na Instrução Normativa nº 2 do art. 2º da Instrução Normativa nº 400, de 12 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site brasil.gov.br/assinatura, informando o protocolo 20019637B01 e o número da consulta 2-323F3D1F-FA0B3CC7-319CAF5D74.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019637B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - NBA8201 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: NBA8201 Marca/modelo: VCHFVROLET AGILE LTZ

Renavam: 00420799672

Ano fabricação: 2011 Chassi: 8AGCN48X0BR283016

Tipo de veículo: Automóvel

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Prata

Manobra no momento do acidente: Saindo da via

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por DIEGO DU 7, matrícula 1531689, Polícia Rodoviária Federal, em 25/04/2020, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.230-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Lei nº 6.596, de 3 de outubro de 2015 e na Súmula nº 50 Inteiro de art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/verificar-autenticidade>. Informando o protocolo 20019637B01 e o número de cadastro E97201F801F7A8093CC7218C4F68F4

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019637B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / WCHFYROLET AGH E LIZ

Placa: NBA8201

Nº BOAT: 20019637B01

Nome do Agente: DIEGO LUIZ

Matrícula do Agente: 1971889

Data: 20/04/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	N/A
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por DIEGO LUIZ, matrícula 1971889, Policial Rodoviária Federal, em 25/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 7º da Lei da Mídia Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Lei Nº 8.539, de 4 de outubro de 2015 e na Portaria do inciso IV do art. 7º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 12 de novembro de 2017.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novotela/verifica>, informando o protocolo 20019637B01 e o número de controle 450207BD1E7A60830C4582C6A874.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019637B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / V/CHEVROLET AGILE L1Z

Placa: NBA8201

Nº BOAT: 2001963/B01

Nome do Agente: DIEGO LUIZ

Matrícula do Agente: 7971889

Data: 20/04/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	N/A
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por DIEGO LUIZ, matrícula 7971889, Polícia Rodoviária Federal, em 25/04/2020, no endereço eletrônico oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 15 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 6.559, de 9 de outubro de 2015 e na alínea I do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-001, de 13 de novembro de 2011.
A autenticidade deste documento pode ser conferida na site <http://www.prf.gov.br/convencional/documentar>, informando o protocolo: 20019637B01 e o número de controle E902JF8D1CF7AB0B3CC7318C4F58A4

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019637B01

V1 - Imagens Obrigatórias

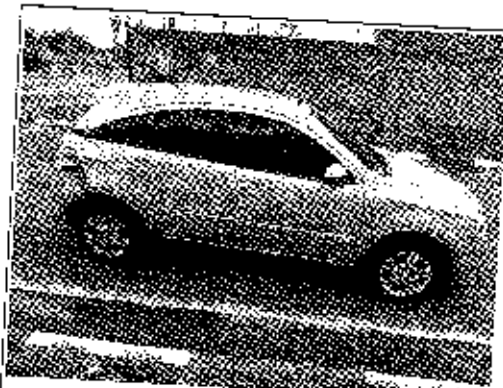


IMAGEM DA LATERAL DIREITA

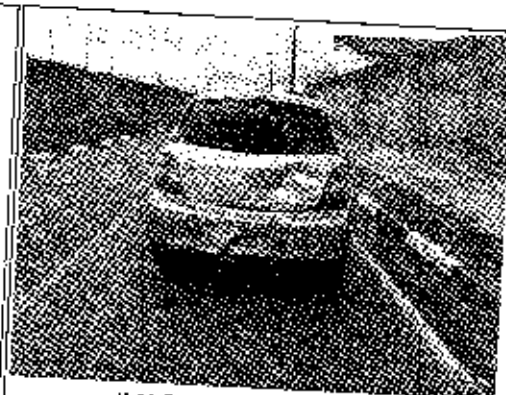


IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DIFGO 1112, matricula 197889, Polícia Rodoviária Federal, em 25/04/2020, conforme haste pública de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.538, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso II do art. 3º da Instrução Normativa Nº 67-IGS, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/protocoloautenticar>, informando o protocolo 20019637301 e o número de controle 23223170D1E77A90B3C07518C4F5B4-4.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÁNSITO
PROTOCOLO Nº 20019637B01

V1 - Proprietário

Nome: GUSTAVO DA SILVA SANTANA

Email:

Endereço: BOA VISTA-RR

CPF/CNPJ: 074.013.972-05

Telephone: 991654039

V1C - CONDUTOR DE V1 - GUSTAVO DA SILVA SANTANA

V1C - Informações

Nome: GUSTAVO DA SILVA SANTANA

CPF: 024.013.972-05

Estado físico: Heso

Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 07/11/1994

Sexo: Masculino

Moreu após renocao: Nao

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

UF: RR

Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 28/04/2016

Vencimento da habilitação: 20/10/2020

Nº Registro: 06608766673

Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etímetro: Sim

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

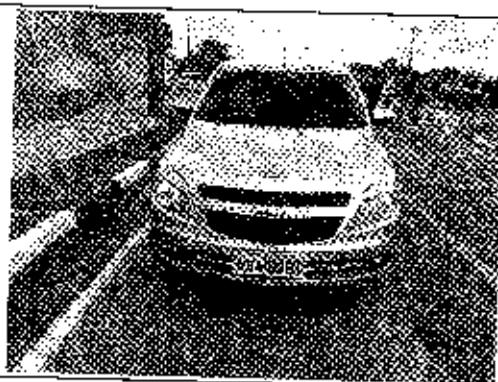
V1C - Dados do Contato

Endereço: R JURAGE P, 156, CASA, JO CLUBE, BOA VISTA-RR

Telephone:

Email:

V1C - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por DIEGO LUIZ MATILDE, 1971899, Polícia Rodoviária Federal, em 24/04/2020. Localize o maior número de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei da Polícia Rodoviária Federal nº 2.240/20, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na Resolução nº 12.001, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/infobase/validar>, informando o protocolo 20019521891 e o número de controle 28322F8D1F76063C7318C4F5E74.

☎ 191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019637B01

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - LUIS JAVIER ARCOVA IDROGO

V1P1 - Informações

Nome: LUIS JAVIER ARCOVA IDROGO

CPF: 708.251.272-46

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 01/04/2000

Sexo: Masculino

Morreu após remoção: Não

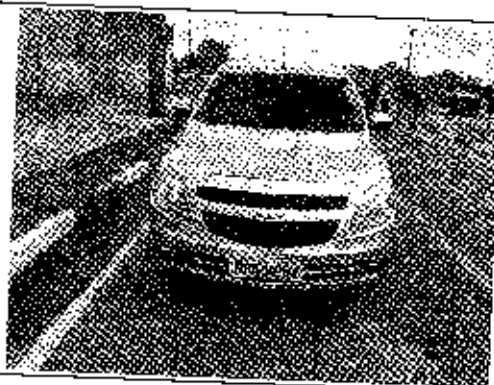
V1P1 - Dados do Contato

Endereço: CENTRO CIVICO, SN, CENTRO, BOA VISTA-RR
Telefone:

telefone:

Email:

V1P1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



V2 - VEÍCULO 2 - NAZ5108 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: NAZ5109 Marca/modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Ano fabricação: 2014 Chassi: 9C2KC1680FR515357

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Saindo da via

Renavam: 01023622979

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Vertmelha



Documento assinado eletronicamente por HUGO F. OLIVEIRA, matrícula 1971689, Poder Judiciário Federal, em 25/09/2019, com data de emissão em Brasília, Distrito Federal, no dia 25 de setembro de 2019, no âmbito do Sistema Judiciário nº 200, e, de 24 de agosto de 2019, no âmbito do Conselho nº 524, de 9 de outubro de 2019 e na alínea c do inciso IV do art. 2º da Constituição Federal nº 1988-06, de 13 de novembro de 2019.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.trf4.jus.br/portal-autenticar>, informando o protocolo 20195637801 e o número da cunha 04000829-47A943C0D7-8CA7CA44.

☎ 191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019637B01

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DIEGO J. L. matrícula 1971895, Polícia Rodoviária Federal, nº 25004
/2020, conforme Livro Oficial de Assinaturas, com funcionamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.202-2, de
24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto Nº 5.519, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º
da Instrução Normativa Nº 61 DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site: <http://www.prf.gov.br/validar-autenticidade>, informando
o protocolo 20019637B01 e o número da controle 53020-RD1EF7AF0B3CC7516CA448F4.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÁNSITO
PROTOCOLO Nº 20019637B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CG150 FAN ESDI

Placa: NAZ5108

N° BOAI: 20019637B01

Nome do Agente: DIEGO LUIZ

Matricula do Agente: 1971889

Data: 20/04/2020

Descrição do Item		Item danificado no acidente		
		Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (tridolos)		X	
	Capo de Motor - Remanejo		X	

Dano de Montia: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias

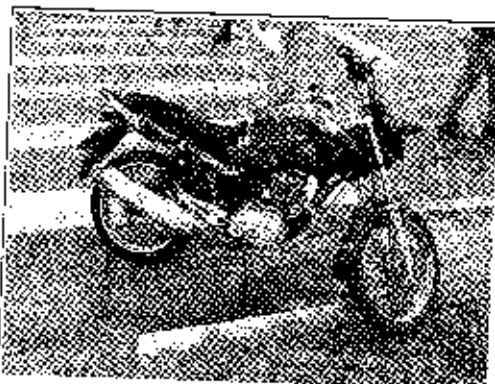


IMAGEM DA LATERAL DIREITA

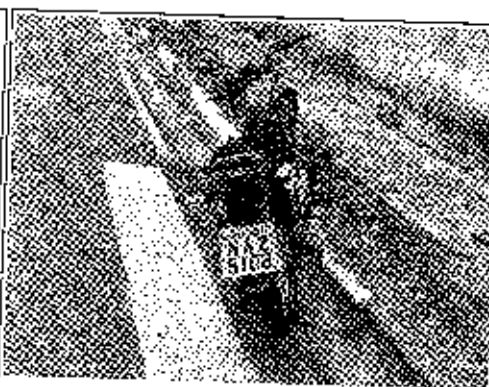


IMAGEM DA TRASEIRA

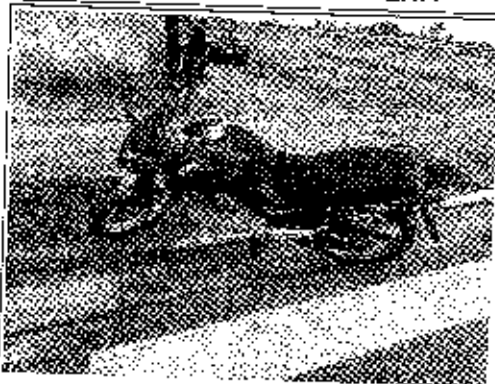


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

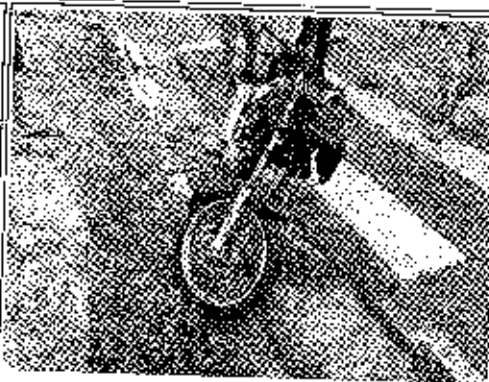


IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por DIEGO LUIZ, matrícula 177.369, Policial Rodoviário Federal, em 25/04/2020, conforme horário de lei de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 13.700-2, de 24 de agosto de 2010, no art. 3º da Lei nº 9.935, de 9 de outubro de 2016 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2016.

A validade deste documento pode ser controlada no site <https://www.sigep.mv.gov.br/validar/validar.asp> utilizando o número 25019657B01 e a senha de controle E602b2b-01C7748B3C07A1F0C4F3E-4

☎ 191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019637B01

V2 - Proprietário

Nome: GERZIVAN ALVES UCHOA

Email:

Endereço: BOA VISTA-RR

CPF/CNPJ: 525.112.602-63

Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

V2C - Informações

Nome: GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

CPF: 024.887.692-90

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Ignorado

Data de Nascimento: 26/10/1995

Sexo: Masculino

Morreu após remoção: Não

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

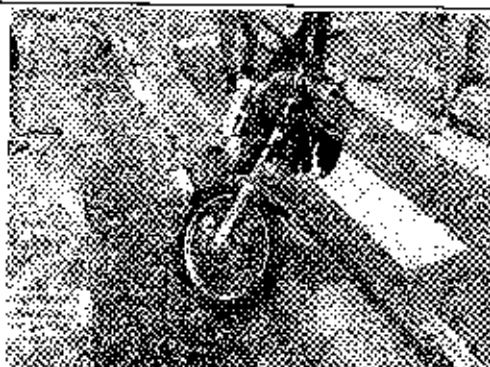
V2C - Dados do Contato

Endereço: PARIMA, 53, SAO VICENTE, BOA VISTA-RR

Telefone:

Email:

V2C - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por GILSON LUIZ, matrícula 1971887, Polícia Rodoviária Federal, em 25/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º da Lei nº 10 de Maio de 2006 e no art. 2º da Lei nº 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 3.331, de 5 de outubro de 2015 e no alvará de inclusão nº 2º da Instrução Normativa nº 51 D.G. de 13 de novembro de 2014.
A autenticidade deste documento poderá ser conferida em <http://www.cnf.gov.br/rodoviaria/autenticar>, utilizando o protocolo 20019637B01 e o número de controle 5502DF8D1CF7A8D-330C7378CA7C3F4.

191

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200215492

Vítima: GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 20/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15876126



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Número do ASL:

3 - CPF da vítima:

024.887.692.90

4 - Nome completo da vítima:

Guilherme Oliveira de Souza

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

5 - Nome completo:

Guilherme Oliveira de Souza

6 - Profissão:

Autônomo

8 - Dependente:

Dr. Sebastião Cruz

9 - CEP:

024.887.692.90

10 - Número:

1887

11 - Complemento:

Carim

12 - Bairro:

São Vicente

13 - Cidade:

Bar Vitor

14 - Estado:

PE

15 - CEP:

69.303-475

16 - E-mail:

ludibavista.pendencio@bolmail.com

17 - Tel (DDD):

(45) 99117 5392

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:

☒

RECUSO 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 BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para as contas abaixo /assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as contas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

5780

CONTA:

11.209

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.294/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

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 sua 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:

Bar Vitor - PE, 16 de junho 2020

Guilherme Oliveira de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200215492

Vítima: GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 20/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200069238 Vítima: SERGIO COSTA DOS SANTOS

Data do Acidente: 31/05/2017 Cobertura: MORTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

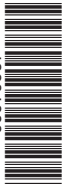
Senhor(a), LAURA FERREIRA DOS SANTOS

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200069238

Vítima: SERGIO COSTA DOS SANTOS

Data do Acidente: 31/05/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200069238

Vítima: SERGIO COSTA DOS SANTOS

Data do Acidente: 31/05/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCIA SANTOS DE JESUS

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200069238

Vítima: SERGIO COSTA DOS SANTOS

Data do Acidente: 31/05/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Guilherme Oliveira de Souza
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: Autônomo RG: 320625-4 CPF: 024.887.692-90
ENDEREÇO: Av. Sebastião Diniz 1861 no. 100
VITIMA: Guilherme Oliveira de Souza
CPF: 024.887.692-90 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: DENILZE CORREA DANTAS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA
PROFISSÃO: EMPRESÁRIA RG: 3142655 SSP/RR CPF: 792.657.152-00
ENDEREÇO: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

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 16 de junho 2020

X Guilherme Oliveira de Souza
Assinatura

Obs. - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167067/20

Vítima: GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

CPF: 024.887.692-90

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/04/2020

Titular do CPF: GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA : 024.887.692-90

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: 16/06/2020
Nome: GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA
CPF: 024.887.692-90

GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/06/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200215492 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 20/04/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CERVICAL COM LESÃO DA TRAQUÉIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO - EM TRATAMENTO. PÁG 1/2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO LIO CRUZ



Posição Direita



Guilherme Oliveira de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 320625-4

DATA DE
EXPIRAÇÃO 16/10/2019

NOME
GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

RAÇA

VALDENIZA OLIVEIRA DE SOUZA

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DO ORIGINAL

DATA DE NASCIMENTO

26/10/1995

CERTID. NASC. 91900 RLS 140 LIV A-141

BOA VISTA-RR

024.887.692-90

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

PROFESSOR DE EDUCAÇÃO DE Jovens e Adultos

LEI Nº 7.718 DE 29/8/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME

DENILZE CORREA DANTAS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF

3142655 SSP RR

CPF

792.657.152-00

DATA NASCIMENTO

08/03/1979

FILIAÇÃO

JOSE DE SOUZA CORREA

EVANGELINA LOBATO DA
SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB

B

REGISTRO

04953412311

VALIDADE

25/08/2019

1ª HABILITACAO

31/05/2010

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

905314502

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BQA VISTA - NOROIMA

DATA DE EMISSÃO

25/08/2014

59564648026

RR207683212

Denilze Correa Dantas

Dirigente - Profissional

DETTRAN RR

ASSINATURA DO EMISSOR

DETTRAN-RR (NOROIMA)

PROIBIDA PLASTIFICAÇÃO

905314502

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Visto
w/2
TJ

2001237193

20/04/2020 14:11:06

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

Paciente

GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

Data Nascimento

26/10/1995

Idade

24 A 5 M 25 D

CNS

703105892039880

CPF

02488769290

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE 3206254

SSP-RR

13/07/2004

M

SOLTEIRO(A)PARD

BOA VISTA - RR

BOA VISTA - RR

BRASILEIRA

Mãe

VALDENIZA OLIVEIRA DE SOUZA

Endereço

RUA - PARIMA - 53 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR

Pai

NI

Contato

(95) 99175-6955

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Sector

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

ANTONIA.SOARES

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese da Enfermagem

GSC

TOTAL

AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Relato verbal de acidente automobilístico
colisão frontal com, trocete pelo SAMS em marcha
rápida + colisão ef, de punição de do abstrato
e baixa. A. não possui punição, colar cervical,
com o golpe de amiel; Monitorado colar.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

B. A. não possui punição, colar cervical,
com o golpe de amiel; Monitorado colar.

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1. Rx de Boia + TC de amiel + Atel. 14:54
2. Tomografia 100g - SFO, S. 100g 15:00
3. TC de Atel. Sem punição de hero p. 15:00
4. TC de amiel: não ordinações Fraturas
Presença de punição med. 15:00
5. TC de amiel: não ordinações Fraturas
Presença de punição med. 15:00

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

Av. Cabeço e Passos

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Edg. Eduardo Gomes, S/N
Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 20/04/2020 14:11:56

2001237193

Certifico e Decl. de que a presente
cópia é a Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital



2001237193

16:00h -> CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

PACIENTE VÍTIMA DE QÜEDA DE MOTO, TRAZIDO
PELO SAMU COM COLAR CERVICAL + PRATICA RÍGIDA.

APRESENTANDO A TC DO PESCOÇO SEM CONTRASTO,
POSSÍVEL LESÃO DE VIA AERODIGESTIVA.

PECTO ASSINTOMÁTICO, SEM DISFAGIA, INPISMA
OU ESTRIPO LARÍNGEO.

CD: - SOLICITO TC DO PESCOÇO COM DUPLO
CONTRASTO.

Dr. Fernando André Martins Ferreira
Cirurgião Oncológico de
Cabeça e Pescoço
CRM-RR 1643 / RQE: 820

21/04/20 - 08:00h

Revalorio: clinicamente bem, sem queixe cervical.
Refere dor em quadril.

Exame: Estável, enfraquecido em aa.

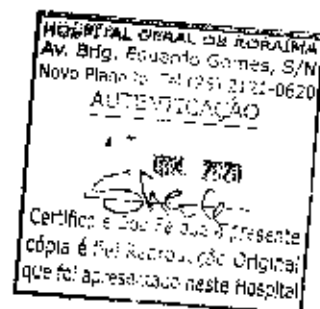
Cervical: sem dor, estripos ou enfraquecimento SC.

Realizou TC ontem, sem contraste oral. Sem possibili-
dade de fazer o exame devido o período.

CD: Revalorização de C.C.P.

- Difenone 2g (V).

Dr. Luiz Fernando Junges
Cirurgia Geral
RQE: 752 / CRM-RR 1583



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5260706

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748., 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1020749	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
634	11-JUN-20	R\$ 534,56

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

resorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1020749	05/2020	R\$ 534,56

836800000058.345600750003.000000001024.074905200056



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 81 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/BJR/OTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Correia Pontes

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Guilherme Oliveira de Souza Inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.887.692 90

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Guilherme Oliveira de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.887.692 / 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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. General Otáide Teive</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309.000</u>
E-mail: <u>laderboavista@vencencia@hotmail.com</u>		Tel. (DDD): <u>(95) 99117-5292</u>

Local e Data: Boa Vista - RR 16 de junho 2020

Denilze Correia Pontes

Assinatura do Declarante