



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Carlos Luiz Gouvêa Filho
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: _____
Profissão: _____ RG: 231000 SSP/RR
CPF: 752.627.032-91 Endereço: Rua Jair S. Mota
Nº: 1026
Bairro: Asa Branca CEP: 69.312-268 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99137-7230 E-mail: _____

Pelo presente instrumento procuratório, nomeio e constituo, como meus procuradores, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, e **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/RR sob o nº. 2045-N, ambos com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo substabelecer esta procuração com ou sem reserva de iguais poderes.

Boa Vista/RR, 14 de setembro de 2020.

Carlos Luiz Gouvêa Filho.
Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 99118-5777
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Carlos Luiz Gouveia Filho
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: _____
Profissão: _____ RG: 231000 SSP/RR
CPF: 752.627032-91 Endereço: Rua Jair S. Mota
Nº: 1026
Bairro: Asa Branca CEP: 69.312-268 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99137 - 7230 E-mail: _____

Pelo presente documento, declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 14 de setembro de 2020.

Carlos Luiz Gouveia Filho
Declarante



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Carlos Luiz Gouveia Filho
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	pintor Automotivo
IDENTIDADE:	231000 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: João da Silva mata

OUTORGADO

NOME:	Glenn Yneco de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antonio p. Galvão 1832

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 04 / 11 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Carlos Luiz Gouveia Filho.

Boa Vista 25-11-19



LOCAL E DATA

Carlos Luiz Gouveia Filho

ASSINATURA DO OUTORGANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ		REGISTRO GERAL 231000	DATA DE EXPEDIÇÃO 10/06/2015
 Polegar Direito			
 ASSINATURA DO TITULAR		NOME CARLOS LUIZ GOUVÊA FILHO	
		FILIAÇÃO CARLOS LUIZ GOUVÊA NILSARA HENDREX DE PAIVA	
		NATURALIDADE BOA VISTA - RR	
		DOC. ORIGEM CERTD NASC 30.402 FLS 159V LIV A-34 1 OF BOA VISTA-RR CPF 752.627.032-91	
		AMADEU ROCHA TRIANI <small>Polícia Federal do Estado de Roraima</small> <small>Delegado de Polícia</small>	
		2 VIA	
		LEI Nº 1116 DE 29.08.83	







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038862/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/02/2020 09:46 Data/Hora Fim: 05/02/2020 09:49
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 018722
Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 04/11/2019 20:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cauamé

Logradouro: BR 174 logo após o Shopping Pátio Roraima

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JULIANA RODRIGUES DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 20/05/1984 Idade: 35 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Elon Rodrigues de Sousa Nome do Pai: José Rodrigues de Sousa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 742.943.502-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Adonias Rabelo de Araújo

Nº: 16

Complemento: Casa

Bairro: Cambará

Telefone: (95) 99141-7628 (Celular)

Nome Civil: CARLOS LUIS GOUVÊIA FILHO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 37 anos
Profissão: Repositor

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 231000

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Jade

Nº: 453

Bairro: Pedra Pintada



Delegado da Polícia Civil: Fernando Bruno de Souza
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 05/02/2020 09:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038862/2019-A02

Nome Civil: VANDERLANIA PEREIRA DA SILVA (ENVOLVIDO)

Idade: 36 anos

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Profissão: Empregada Doméstica

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Jade

Nº: 453

Bairro: Pedra Pintada

Nome Civil: LAURA CRISTINA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Idade: 48 anos

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Profissão: Empregada Doméstica

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: TV T

Nº: 50

Bairro: Cauamé

Nome Civil: RUAN BARRETO RODRIGUES (VÍTIMA (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 22/08/2016

Idade: 3 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Juliana Rodrigues de Sousa

Nome do Pai: Gilson Barreto Lima

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 730.970.472-04

Placa NAR-9900

Renavam 00897609719

Número do Motor KC08E27015632

Número do Chassi 9C2KC08207R015632

Ano/Modelo Fabricação 2007/2006

Cor PRATA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Juliana Rodrigues de Souza

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a):

Delegado de Polícia Civil: Fernando Bruno de Souza

Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 05/02/2020 09:49

Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038862/2019-A02

Informo-vos que fomos acionados via CIOPS para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima, que ao chegarmos no endereço acima citado, a viatura do SAMU já estava no local socorrendo os envolvidos no sinistro, que segundo informações os itens 3 e 4 trafegavam no sentido Shopping Pátio em 01(uma) motocicleta que não conseguimos identificar pois quando chegamos essa moto já tinha sido retirada do local, quando uma bicicleta conduzida pela item 1 atravessou a BR e houve o acidente, que logo após o sinistro o item 2 que conduzia 01(uma) motocicleta HONDA CG 150 TITAN na cor Prata de placa NAR 9900 e também trafegava no sentido Shopping Pátio não conseguiu parar e acabou se chocando na motocicleta dos itens 3 e 4, que a motocicleta foi liberada para a Sra Larissa Rodrigues que é sobrinha da item 2, que todos os envolvidos foram remidos ao HGR com escoriações, que a pericia não foi acionada pois o local havia sido violado.

Era o que tinha a relatar.

A VÍTIMA SENHORA JULIANA COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, PARA FINS DE SEGURO DPVAT, OS DADOS DE SEU FILHO RUAN BARRETO RODRIGUES, O QUE FOI FEITO ACIMA, O QUAL ERA TRANSPORTADO COMO PASSAGEIRO NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA NAR-9900, QUE ESTÁ EM NOME DE ANTONIO CARLOS SILVA ARAUJO E QUE À MESMA CONDUZIA NO DIA QUE FORAM VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRANSITO E SOFRERAM LESÕES CORPORAIS. QUE A SENHORA JULIANA NÃO POSSUI CNH. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE, QUE ESSE ADITAMENTO/ACRÉSCIMO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o aditamento/acrécimo.

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento



Juliana R. de Souza
Juliana Rodrigues de Souza
(Vítima / Envolvido / Comunicante)

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RR N° **013746422352**

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA **01** **0088198** **657** **72661994029**

NOME/ENDEREÇO
EURYPEDES BA ANUFO MOURA SANTOS
RUA CJ 2 CAS
BOQUEI CLUBE
BOA VISTA-RR

CPF/DI **001-593.742-74** **PLACA** **HAM6510**

LUIS ANGELO DA SILVA

PLACA ANTERIOR **9C** CHASSI **KE091060012903**

ESPECIE TIPO **PAS/MOTOCICLET/NA** APLIC. **COMBUSTIVEL** **GASOLINA**

MARCA/MODELO **YAMAHA ZYR 125E** ANO FAB. **2005** ANO MOD. **2006**

CAP/POT/CIL **2P/0124CC/** CATEGORIA **PARTICU** COR PREDOMINANTE **VERDE**

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DIREITO **PROJUDI SAIR AMAZ**
06/2017 **LOTE 704**
X Antonio Francisco Bessa Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR
LOCAL **DATA** **21/12/201**



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



Anexo I



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE

Carla Maria Gomes de Jesus

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7106202522142463

8 - DATA DE NASCIMENTO

/ /

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

176524

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Wilson Henrique de Paula

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R: Jader - SN - Pedra Pintada

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Vitor

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

22

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura exposta de 3º MTT pé (F) + FX
Calcâneo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

A Supracitada

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

RX + TC

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta de 3º metacarpo + Calcâneo (F)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Isidro Di Giovanni

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/11/20

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

05/11/2007

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

12/95

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

BPA



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



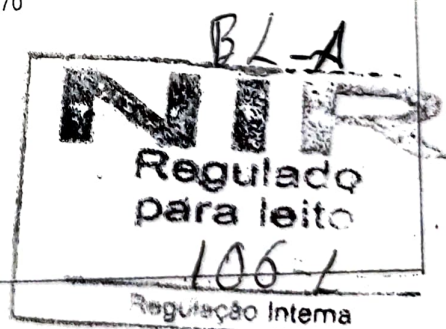
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Candor Lúcia Gama de Jesus		
AGNOSTIC	Ex. G. parva 3 MTI (E)		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	05.11.20
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		S/N
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		18:24 6
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		S/N
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		S/N
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		14:22 6
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		18:24 6
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		14:2
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PA > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N
13	SSV + CCGG 6/6 H		18:24 6
14	CURATIVO DIÁRIO		S/N
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2007

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

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			



MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

15:23 Pa-157 + 84
P- 116



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

GT

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 05/11/19

PACIENTE: Carlos Luiz Gouveia Filho

DN: 1/1

DIAGNOSTICO(S): Ex. neg. 4º MTT (3) + Ex. colono

DIH: 1/1/19

KANBAM: Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1/19): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS:

CULTURAS (1/1/19):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA 1/1/19): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIEMNTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

EVOLUÇÃO CLINICA:

Ex. neg. do vírus de hepatite
após 4º MTT (3) (transfusão)
Após melhor do ponto de vista após 4º MTT
CD positivo + antibiótico de colono

Boa Vista, 05 de 11 de 2019. Hora:

CRM 1

Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - **HC**

Eu Carla Luiz Gouveia Filla CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguara;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 05 de 11 de 20 19.

Assinatura do paciente: Andelino Pereira da Silva

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: Esposa

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____, Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: Dr. Pedro de Giovanni

Dr. Pedro de Giovanni
Otorrinolaringologista

Assinatura/Carimbo do Médico Regulador

CRM _____/_____

E



66,4 %

E



66,6 %

CARLOS LUIZ CARCIA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: LEITO 432

Data: 12/11/2019

Nr: 2854

Tec: SUELI





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 752.627.032-91 4 - Nome completo da vítima: Carlos Luiz Gouveia Filho

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

5 - Nome completo: Carlos Luiz Gouveia Filho 6 - CPF: 752.627.032-91
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: Jair S. Neto 9 - Número: 1026 10 - Complemento:
11 - Bairro: Asa Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-268
15 - E-mail: JLOFRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (35)93404-5368

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 2084 CONTA: 21015 3 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 29/08/2020

Carlos Luiz Gouveia Filho



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Abner Imácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.612 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carlos Luiz Gouveia Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 752.627.032 / 91

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Carlos Luiz Gouveia Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 752.627.032 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua: Antônio P. Galvão

Número: 1832

Complemento: _____

Bairro: Buritis

Cidade: Boa Vista

Estado: RR

CEP: 69.309-209

E-mail: INOIERRR@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD): (95) 98404-5368

Local e Data: Boa Vista - RR, 24/07/2020

Assinatura do Declarante

SINISTRO 3200302258 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN
CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO
CPF/CNPJ: 75262703291

Posição em 27-10-2020 20:33:12

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
01/09/2020	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

