

## Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
**2923449920201130181122**

### Processo 0828227-23.2020.8.23.0010 ☆ - (27 dia(s) em tramitação)

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 9597 - Seguro

**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais Informações Adicionais Partes Movimentações Apensamentos (0) Vínculos (0)

#### Realces

**Realçar Movimentos de:**  Magistrado  Servidor  Advogado  Membro MP  Defensor  Procurador  Outros  Audiência

**Ocultar Movimentos:**  Inválidos  Sem Arquivo  Hab. Provisória

#### Filtros

**Movimentado Por:**  Advogado  Advogado NPJ  Entidades Remessa  Magistrado  Procurador  Servidor

**Sequencial(Intervalo):** \_\_\_\_\_ ao \_\_\_\_\_ **Data do Movimento(Período):** \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Descrição:** \_\_\_\_\_

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<input type="checkbox"/>	9	30/11/2020 18:11:22 <b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
	9.1	Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2766520CONTESTACAO01.pdf	Público
	9.2	Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2766520CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
	9.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
	8	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO) em 16/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (04/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
	7	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (04/11/2020)	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES <b>Analista Judiciária</b>
<input type="checkbox"/>	6	<b>CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE</b>	Rodrigo Bezerra Delgado <b>Magistrado</b>
	5	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ
	4	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ
	3	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
	2	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/>	1	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS <b>Advogado</b>



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

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200302258**

**Vítima: CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO**

**Data do Acidente: 04/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

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

**Senhor(a), CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO**

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, contados 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

Carta nº 16062266





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

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302258

Vítima: CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

Data do Acidente: 04/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000002084-2

Conta: 0000021015-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  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. Mota 9 - Número: 1026 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: Asa Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-268

15 - E-mail: JLOFRER@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)99404-5368

### 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
- 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 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: Bradesco

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir)

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ5U4 QMSM5 453UA NYZGK



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)**

Nacionalidade: Brasileira      Sexo: Feminino      Idade: 36 anos  
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)**

Nacionalidade: Brasileira      Sexo: Feminino      Idade: 48 anos  
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)**

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 730.970.472-04	<b>Placa</b> NAR-9900
<b>Renavam</b> 00897609719	<b>Número do Motor</b> KC08E27015632
<b>Número do Chassi</b> 9C2KC08207R015632	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2007/2006
<b>Cor</b> PRATA	<b>UF Veículo</b> Roraima
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG 150 TITAN ESD
<b>Modelo</b> HONDA/CG 150 TITAN ESD	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido, Meio Empregado

**Nome Envolvido**

Juliana Rodrigues de Souza

**Envolvimentos**

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

**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





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 À SENHORA JULIANA NÃO POSSUI CNH. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE ADITAMENTO/ACRÉSCIMO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o aditamento/acréscimo.**

Delegado de Polícia Civil  
Matrícula 42000908

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 del origin, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."







**BRADESCO**

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237            AGÊNCIA: 2373-6            CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02084-2

CONTA: 000000021015-3

Nr. Autenticação

BRADESCO010920200500000000002370208400000002101567500 PAGO



**RORAIMA ENERGIA**  
 RORAIMA ENERGIA S.A.  
 Av. Capitão Ezequiel Garcia, 491 - Centro - Boa Vista - RR  
 CNPJ: 02.343.470/0001-44 Titulo: 24.887.022-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Grupo B  
 Regime Especial de Impostos sobre Energia - Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

**SEU CÓDIGO**  
0022109-0

Nº DA NOTA FISCAL 5458415 FCAM\*  
 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
 foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUN/0.2020	28/07/2020	557	638,79

NILSARA HENDREK DE PAIVA  
 R. JAIR S MOTA 1026 - ASA BRANCA  
 CEP: 69.312-268 - BOA VISTA  
 CPF: 00022514880220

**DATAS DA LEITURA**

Atual: 24/06/2020 Anterior: 25/05/2020 Próxima leitura: 27/07/2020  
 Emissão: 23/06/2020 Apresentação: 24/06/2020 Dias de consumo: 30

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	TDB1738493	NORMAL	CONVENC

**DADOS DA LEITURA (kWh)**

Leit. Atual	KWh INJETADO		KWh INJETADO		KWh INJETADO	
	TOT/PTA	TOT/OTA	EPONTA	FPONTA	INTERMED	RESERVADO
7059						
Leit. Anterior: 6502						
Constante: 1,000						
Resíduo Medido: 557						
Faturado: 557						

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

CONSUMO PARCELAMENTO DE DEBITO 5/5	557 A R\$ 0,755234 =	420,66
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		193,26
		24,87

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

PARCELA SEM TRIBUTOS:  
 0 A 557 - 0,617770

Media 12 meses: 617

**HISTÓRICO DE MEDIÇÃO**

Mês	Consumo (kWh)
JUN/19	241
JUL/19	255
AGO/19	242
SET/19	378
OCT/19	341
NOV/19	132
DEZ/19	684
JAN/20	733
FEB/20	667
MAR/20	986
ABR/20	871
MAI/20	686
JUN/20	557

**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Parabéns! Até o dia 23/06/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO 1 6 11 16 21 26

**COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$**

Energia: 230,73

Distribuição: 100,83

Transmissão: 0,00

Encargos: 13,04

Perdas: 0,00

**IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$**

Base de Cálculo: 420,66

ALÍQUOTA	VALOR
ICMS: 17,00%	71,51
PIS: 0,20%	0,88

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	0,24	18,49	36,99
Realizado	0,36		

FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	1,00		

DMIC	Mensal	DICRI	Mensal
Limite	4,99		
Realizado	0,00		



05/2020

Via de Pagamento para o mes/ano 05/2020 referente a UC 1089170



### 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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

### OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



### RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSORUF: 114807 SSP RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

FILIAÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CAT: AB

Nº REGISTRO: 011019;2304 VALIDADE: 28/01/2020 1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616

750009.00000001081.917005200055



VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
980151096  
1096

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ5U4 QMSM5 453UA NYZGK





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

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

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

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Carlos Inez Gouveia Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 752.627.032 / 91  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Carlos Inez 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.

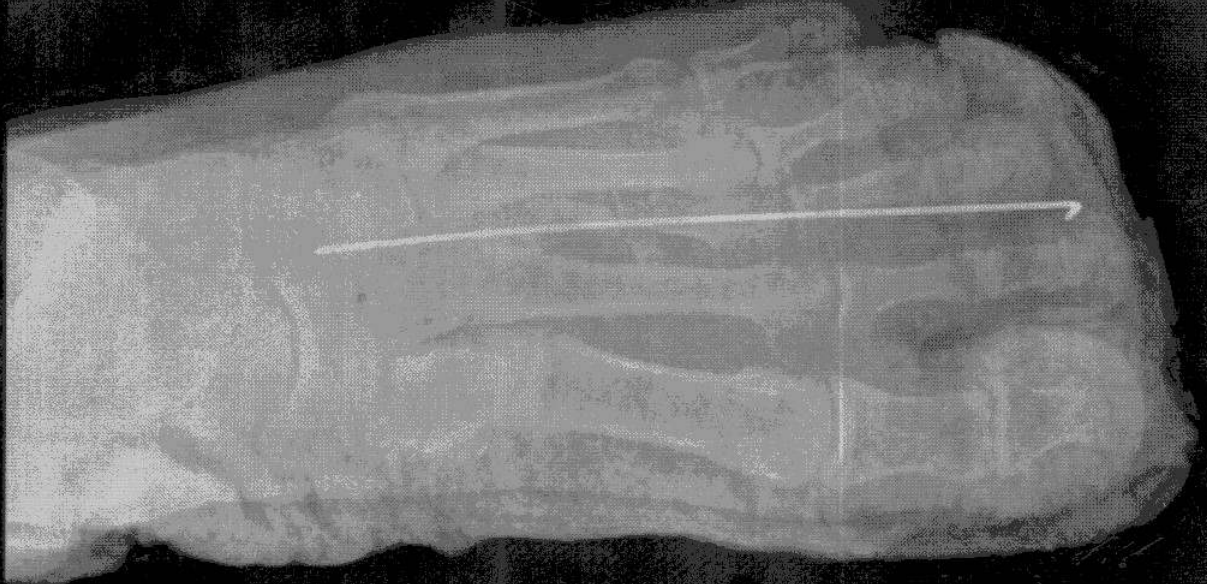
Endereço: <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento:
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOERRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 21/10/2020

Assinatura do Declarante



L:432



66,4 %



66,6 %

CARLOS LUIZ GARCIA  
HOSPITAL DAS CLINICAS


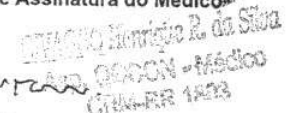
Data: 12/11/2019

Tec: SUELI

ID: LETTO 432

Nr: 2854



 GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:	Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:	Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:		
1901182713	05/11/2019 08:24:08	<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	7
Paciente <b>CARLOS LUIZ GOUVEIA FILHO</b>		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão		Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
Mãe <b>NILÇARA HENDREK DE PAIVA</b>		M	UNIAO	PARDA		BRASILEIRA
Endereço <b>RUA - RUA JADE PEDRA PINTADA - SN - - BOA VISTA - RR</b>				Contato	(95) 99119-9369	
Class. de Risco Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>		Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento <b>OUTROS</b>		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso Pressão
Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>		Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por: <b>ERBEJONE.SIMPLICIO</b>		
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL	
				AO: 1234 RV: 12345	MRV: 123456	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)						
<p><i>Queixa de medo</i> <i>Queixa de dor no pescoço e</i></p>						
Exame Físico						
<p><i>na mão (C)</i> <i>Joelho (C) com lesão cartilaginosa</i></p>						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares						
<input type="checkbox"/> RAO-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:						
<b>PRESCRIÇÃO</b>			<b>APRAZAMENTO</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>		
<p><i>Dipirona 500mg</i> <i>Paracetamol 500mg</i></p>			<p><i>08:00h</i></p>			
<p><i>TC de punção com massa</i> <i>discreta de V.A.</i> <i>Segunda o pl. mesmo o antigo</i> <i>sem comprometimento da hemiflexão</i> <i>Medicação de ortopedista</i></p>						
Conduta						
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedia</i>			<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		<input checked="" type="checkbox"/> ML Anatomia Patológica		
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: erbejone.simplicio Data Hora: 05/11/2019 10:38:38						
<p><i>Assinatura do paciente com impresso por</i></p>						

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ5U4 QMSM5 453UA NYZGK





Anexo I

Alto 05/11



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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

**NIR**

#### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carla Luiza Gomes de Jesus

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

176524

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71062025221424613

8 - DATA DE NASCIMENTO

/ /

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Nilson Henrique de Paiva

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R: Jade - SN - Pedra Pintada

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

212

#### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Quotura aberta de 3º MTT pé (E) + FX  
Calcâneo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Au Suproctoda

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

RX + TC

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Quotura Aberta de 3º metatarsos + Calcâneo (E)

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Artroscopia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF)

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 2507

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Pedro Di Giovanni

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/11/20

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

#### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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

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

/ /

1299

BPA

ok FL

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

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ BIH \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_  
 PACIENTE Conde Luis Gaudin  
 AGNÓSTICO Px. Ex. pouca 33 MTI (E)  
 ALERGIAS \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_  
 IDADE \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_ DATA 05.11.20

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	S/N
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	S/N
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	18 24 6
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 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 PAŞ > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
13	SSVV + 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, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: RX: # CONDUÇÃO: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:



MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

15:23 Pa - 157 + 84  
 P - 116





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE  
RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC**

Eu Carla Luiza Gouveia Falta CPFnº \_\_\_\_\_

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 Retaguarda 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 retransferencia 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 Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clinico e especializado;
- 6.) Confirmo 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: Andeltonio pereiro da Silva

**Responsável:**

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPFnº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: Esposa

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

Confirmo 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 Di Giovanni  
Ortopedista / Reumatologista  
CRM 123456 / RQE 684  
Assinatura do Médico Regulator \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ5U4 QMSM5 453UA NYZGK





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GUILLO CRUZ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CEMAL 231000

DATA DE EMISSÃO 10/06/2015

NOME CARLOS LUIZ GOUVÊA FILHO

FILIAÇÃO CARLOS LUIZ GOUVÊA  
NILSARA HENDREK DE PAIVA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO 06/09/1982

DDDD ORIGEM CERTD MASC 30.402 FLS 159V LIV A-34

1 DE BOA VISTA-RR

CPF 752.627.032-91

2 VIA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PI



Polegar Direito





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200302258 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO **Data do acidente:** 04/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 26/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,2,3)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200302258 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO **Data do acidente:** 04/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 26/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,2,3)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>



### PROCURAÇÃO

#### OUTORGANTE

NOME:	Carlos Luiz Gouveia Filho
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Painter Automotivo
IDENTIDADE:	231000 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. João de Silva Mota

#### OUTORGADO

NOME:	Gleis Inacio 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 Smalidez, vítima: Carlos Luiz Gouveia Filho.

Boa Vista 25-11-19



LOCAL E DATA

Carlos Luiz Gouveia Filho

ASSINATURA DO OUTORGANTE

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tábua e Testes Ltda.  
Av. Alameda Teófilo, 4807 - Ara Brasil - Boa Vista - RR  
E-mail: (021) 8427-4115  
daniel@boavista.org.br

160129-5 de 14066213  
Reconhecido por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
CARLOS LUIZ GOUVEIA FILHO

Em testemunho da verdade WSB  
Do que dou fé. Boa Vista RR, 25 de novembro de 2019.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: [ciadao.portalselem.com.br](http://ciadao.portalselem.com.br)  
REC/FIR/160295CTVY41BEW110UE21/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SEL: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

**160129**  
Escritório Autorizada  
Daniel Aquino

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237064/20

**Vítima:** CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

**CPF:** 752.627.032-91

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 04/11/2019

**Titular do CPF:** CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

#### CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO : 752.627.032-91

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/08/2020  
Nome: CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO  
CPF: 752.627.032-91

CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

