

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:
2945523120201230110530

Processo 0831968-71.2020.8.23.0010 ☆ - (14 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 4847 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 9	30/12/2020 11:05:30	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776808CONTESTACAO01.pdf Público
9.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776808CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
9.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
8	28/12/2020 00:02:13	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de IVAN GERSON FREITAS FERREIRA) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (16/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
7	16/12/2020 21:16:07	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de IVAN GERSON FREITAS FERREIRA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (16/12/2020)	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária
<div>[+]</div> 6	16/12/2020 15:33:37	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado
5	15/12/2020 17:49:51	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	15/12/2020 17:49:51	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	15/12/2020 17:49:51	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	15/12/2020 17:49:51	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	15/12/2020 17:49:50	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



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

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200366947

Vítima: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 05/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois os documentos entregues não permitem a leitura das informações.
---------------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

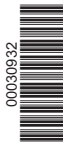
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16233345

Pag. 01863/01864 - carta_03 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYYM 626D9 2KSQX Z2ERY





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: 008.705.762-08 4 - Nome completo da vítima: JUAN GERSON FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: JUAN GERSON FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 008.705.762-08
7 - Profissão: ECONOMISTA 8 - Endereço: RUA FUSTAL 9 - Número: 78 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JOQUEI CLUBE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-048
15 - E-mail: SANTAGUIA@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 951 99169-3685

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 POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: NU BANK
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 28958719
(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 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) ☐ 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 (se 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 de 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, 10/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JUAN GERSON FREITAS FERREIRA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Fls: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019137/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/07/2020 05:58:58 Data/Hora Fim: 05/07/2020 05:58:58
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 019510 Data: 05/07/2020
Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 05/07/2020 01:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Caçari
Logradouro: AV. VILLE ROY
Ponto de Referência: CORUJA BURG
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIZ FELIPE DA SILVA BEZERRA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Fisioterapeuta

Estado Civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino

Idade: 22

Documento(s)

RG: 108009

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA MARIA ALVES DA CUNHA

Bairro: Caçari

Telefone: (95) 99112-1984 (Celular)

Nº: 532

Nome Civil: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino

Idade: 22

Naturalidade: Boa Vista - RR

Documento(s)

RG: 373057-3

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA POSTAL

Bairro: Jóquei Clube

Telefone: (95) 99147-4180 (Celular)

Nº: 78

Razão Social: POLÍCIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Denys Barbosa



Impresso por: Valdir Pereira da Silva

Data de Impressão: 24/09/2020 10:19:19

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019137/2020

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição AUTOMÓVEL	CPF/CNPJ do Proprietário 292.769.932-15
Placa OAM4592	Renavam 00996722033
Número do Motor CGY130974	Número do Chassi 9BGKS69L0EG320005
Ano/Modelo Fabricação 2014/2014	Cor AZUL
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo CHEV/PRISMA 1.4MT LT	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 26/09/2019
Situação do Veículo RENAINF - RESTRICAO_JUDICIAL_FILE_VEICULOS - ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RENAJUD - RECALL	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Ivan Gerson Freitas Ferreira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO O ROP PM EM ANEXO:

SENHOR DELEGADO:

INFORMO QUE FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO ENDEREÇO CITADO ACIMA, ONDE O ITEM 02 (LUIZ FELIPE) INFORMOU QUE VINHA EM SEU VEÍCULO QUANDO VISUALIZOU O ITEM 01 (IVAN GERSON) DIRIGINDO UM VEÍCULO PRISMA, NA COR AZUL, PLACA OAM 4592 (AM), ONDE O MESMO AFIRMA QUE O ITEM 01 IA NA SUA FRENTE QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VINDO A COLIDIR EM UM POSTE DE ENERGIA ELÉTRICA, QUE DEVIDO AO FORTE IMPACTO O VEÍCULO FICOU TOTALMENTE DESTRUÍDO E O MOTOR DO VEÍCULO FOI PARAR EM UM TERRENO BALDIO, QUE O POSTE FICOU SENDO SUSTENTADO SOMENTE PELOS FIOS DE ALTA TENSÃO, QUE A EQUIPE DO SAMU ESTEVE NO LOCAL E PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS, CONDUZINDO O ITEM 01, PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, QUE FEITO CONTATO COM O POLICIAL MILITAR DE PERMANÊNCIA NO HOSPITAL, O MESMO INFORMOU QUE A EQUIPE MÉDICA DISSE QUE O ITEM 01 ESTAVA COM MÚLTIPLAS FRATURAS E SEU ESTADO ERA GRAVE, QUE ESTA GUARNIÇÃO CONSEGUIU FAZER CONTATO COM O PAI DO ENVOLVIDO, SENHOR GERSANIAS FERREIRA, 59 ANOS (99111-1839) DO ACIDENTE, ONDE FORAM REPASSADOS OS PERTENCES DO MESMO QUE ESTAVA NO VEÍCULO, QUE INFORMO QUE DEVIDO AO ENVOLVIMENTO NO ACIDENTE ESTÁ EM ESTADO GRAVE, E NÃO CONSEGUI REPASSAR NENHUMA INFORMAÇÃO, FOI POSSÍVEL CONSTATAR QUE O VEÍCULO NÃO ERA DE SUA PROPRIEDADE E DE QUE FOI TENTADO POR DIVERSAS VEZES A LOCALIZAÇÃO DO PROPRIETÁRIO CONFORME CONSTA NO DOCUMENTO DO VEÍCULO EM ANEXO, QUE O VEÍCULO FICOU NO LOCAL E O PAI DO ENVOLVIDO INFORMADO PARA QUE TOMASSE AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS PARA GUINCHÁ-LO, ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Fls: 3
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019137/2020

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha

Agente Carcerário
Matricula 42000372

Responsável pelo Atendimento

POLÍCIA MILITAR

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (impr(o)a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dep(ri)ngem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

**AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR**



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:

008.705.762-08

4 - Nome completo da vítima:

JUAN GERSON FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo:

JUAN GERSON FREITAS FERREIRA

6 - CPF:

008.705.762-08

7 - Profissão:

ECONOMO

8 - Endereço:

RUA FUSTAL

9 - Número:

78

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

JOUVEI CLUBE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.313-048

15 - E-mail:

SANTAGUIA@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

951 99169-3685

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 POUANÇA (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: NU BANK

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 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)

☐ 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 (se 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 de 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, 10/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Sena, 401 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.670/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-0
Rua Fátima / Centro de Energia Elétrica - Bairro 8-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ RR/2013

Para contato com a Roraima Energia, ligue 0800 776611

SEU CÓDIGO
0037137-8

CONTA MÊS
SETEMBRO/2019

VENCIMENTO
16/10/2019

CONSUMO (KWH)
50

TOTAL A PAGAR (R\$)
63,80

CPF: 0005696996468
CEP: 69.313-949 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual	33132
Anterior	33132
Dia de consumo	28
Constante de Multiplicação	1,000
Consumo Medido	0
Consumo Faturado	50

DATAS DA LEITURA

Atual	19-09-2019
Anterior	22-08-2019
Próxima leitura	19-10-2019
Emissão	03-10-2019
Apresentação	07-10-2019
R: 01 (01) / 17-03-2020	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	0
Classe/Subclasse	RESIDENCIAL
Uso	01
Instrumento Medidor	02807515
Forma de Faturamento	MIN/MO
Modalidade	COMERCIONAL

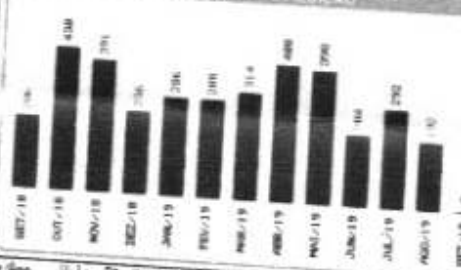
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA 50 A R\$ 0,766106 = **38,30**
25,50

OUTRAS INFORMACOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 50 - 0,534620

Média 12 meses: 383

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Des-Atno Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/10/2019, em função das contas realizadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda que a última conta si vencida si e la realizada si no valor de R\$ 3.150,30 o valor histórico. Caso tenha efetuado o pagamento favor descon-
tar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007019120 E PAGA O PRAZO VENCIMENTO 16/11/19 21:25

RESERVADO AO FISCO 1488-5598-3046-7040-0796-4804-8502-6406

FEV

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia	20,20
Encargos	1,30
Tributos	17,30
Transmissão	6,00

IMPOSTOS/CONTRIBUICOES - R\$

Base de Cálculo	30,30
ICMS	17,00%
PIS	0,02220%
COFINS	0,14072%

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Manual	Trimestral	Anual	Manual	Trimestral	Anual	Manual	Trimestral	Anual
Entrega	9,24	10,45	30,99	9,46	16,32	32,84	4,95		
Recatado	0,00			0,00					
Consumo	FLUORESC						0,00		

Período de operação: 07/2019
BOMDI: 35,80

RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Sena, 401 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.670/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-0

SEU CÓDIGO
0037137-8


MÊS FATURADO
09/2019


Nº da Nota Fiscal: 002776811

TOTAL A PAGAR - R\$
63,80


VENCIMENTO
16/10/2019

856600000000 1 63800075000 7 000000000037 2 13780919000 5



**RORAIMA
ENERGIA**

Para contato com
a Roraima Energia,
Informe este número

**0032588-0**

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 671 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº DA NOTA FISCAL 5405120 FCAM*

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

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
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,07

RONARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 00087608650249

DATAS DA LEITURA

Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	21/07/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	BUJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	BUJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	BUJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	BUJETADO RESERVADO
Leit. Atual	27842							
Leit. Anterior	27544							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	298							
Faturado:	298							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	298 A R\$ 0,755234 =	225,05
ILUMINACAO PUBLICA		29,02

OUTRAS
INFORMAÇÕES


TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 298 - 0.617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

0	82	73	80	7239	194	1	206	280	323	298	298
---	----	----	----	------	-----	---	-----	-----	-----	-----	-----

05/07/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

		GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação/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.		Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	
001254275		05/07/2020 01:56:51		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19- 8	
Paciente IVAN GERSON FREITAS FERREIRA		Data Nascimento 05/07/1997		Idade 23 A O M O D		CNS		CPF 07	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo M		Estado Civil NAO INFORMADO		Naturalidade BRASILEIRA	
Mãe NI		Endereço RUA -- SN -- BOA VISTA - RR		Contato 99111-1837		Ocupação PAI			
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE CARRO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por: ROSIVAN.BARROS		Sis Prenatal	
Queixa Principal Acidente de trânsito		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem Intubado		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)		Trançado pelo SAMU em prancha fixada + Colar cervical. Baixa taxa de saturação, mais de 10% de oxigenação em máscara por UMET.							
Exame Físico		Prancha Colar em alta velocidade (Corrupção) com colar de proteção para o veículo.							
Hipótese Diagnóstica		T.C. Infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCS) de 100% de extensão do infarto. PA: 11x63 SPO2: 92%							
SADT - Exames Complementares		<input checked="" 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: SPOT: 92%							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
ISF 99.1000 ml EV (qtd)		8:00		Fato					
PARAL 100 mg IM		30h							
ENLAVIAVA NA									
CEVRO amfeto									
Condução		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: Ortopedia							
óbito		Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico Dr. Edgar M. Vaz Cirurgião Geral CRM 695							
Impresso por: rosivan.barros		Data Hora: 05/07/2020 02:00:03							
2001254275									



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 05/01/2021

O.S. _____

DR. GILSON
RUIZ DE ALMEIDA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: PLAQUIA EXOSTICA COM TUBO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: PLAQUIA EXOSTICA + DRL

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Max Souto-Maior

Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM 653
RUA 434 APT 202

Dr. Max Souto-Maior AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____



INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ASSERIA + ANTIASSERIA
- CURVOS ESTÉREIS
- PLACAS EXOSTICA GRAVE COM TUBO
① CURV ± 120° VOLVULADO INFLEXÃO
- TUBO DESINCRUSTADO + PÉZOA
- ASSER ALICATADO DESINCRUSTADO
E LANCINADO - INCRUSTADO
- ELONGAMENTO
- PÉZOA MOV. COMUM BOM - BOM
- PÉZOA MOV. COMUM BOM
- COLA DO FICHA EXOSTICA GRAVE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA									
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA									
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA									
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN					
PACIENTE		NIVAN GESSON FALCÃO FARIAS							
AGNOSTIC									
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2		NEGA	
IDADE		LEITO		DATA					
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE						SND		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						Monte		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N						SND		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H								
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA						06		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						SND		
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4						atm		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h						18 24 06		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						SND		
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H						24 06 12 18		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H						18 06		
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG								
13	SSVV + CCGG 6/6 H								
14	CURATIVO DIÁRIO								
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									

Dr. Max Souto Maior
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Transito
CRM-RR 698
RUA 134 RUA 306

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: # 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



CC- 4121

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 05 de 2020
PACIENTE: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO DN: 1/1
DIAGNÓSTICOS: FRATURA DE BOMBAZINHA

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: _____

2- PACIENTE: ☒ ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: ☒ VIA ORAL () SNE () OUTRA _____

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO _____

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO _____

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? ☒ SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO _____

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: _____
PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR: _____

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente em bom estado geral
sem sinais de infecção
sem sinais de hemorragia

Boa Vista, 05 de 07 de 2020. Hora: _____

Dr. Max Souto Maior
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM 1733
Dr. Iderson P. Silva
Ortopedia e Traumatologia
Médico

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
() HC () HLI () HMI () OUTRO _____

NIR

Anexo I

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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO SOCIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOMICÍLIO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE (CNS/CPF)

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - EMPREGADO

43 - EMPREGADOR

44 - AUTÔNOMO

45 - DESEMPREGADO

46 - APOSENTADO

47 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408020547

5520

V299

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

RR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1650874125

PROIBIDO PLASTIFICAR
1650874125

Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/F: 2148763993 - SSP - MA

CPF: 627.942.803-68 DATA NASCIMENTO: 26/07/1979

FILIAÇÃO: NEURIVAN LOPES GUIMARAES LUKIA FEITOSA GUIMARAES

PERMISSÃO: ☒ ACC: ☒ CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 03412152366 VALIDEZ: 29/05/2023 1ª HABITAÇÃO: 11/10/2004

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA, RR DATA DE EMISSÃO: 29/05/2018

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES 69180083613
DIRETOR PRESIDENTE RK209677511

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200366947 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA **Data do acidente:** 05/07/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P 2
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA COM LETRA ILEGÍVEL

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

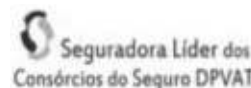
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289860/20

Vítima: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

CPF: 008.705.762-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/07/2020

Titular do CPF: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

IVAN GERSON FREITAS FERREIRA : 008.705.762-08

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: 13/10/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO RG: 373057-3 SSP/RJ
CPF: 008.705.162-08 ENDEREÇO: RUA POSTAL N° 18
BAIRRO: JOQUEI CLUB CIDADE: BOA VISTA - NOROIA
CEP: 69.313-048

VÍTIMA: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA
CPF: 008.705.762-08 DATA DO SINISTRO: 05.07.2020
NATUREZA: INVALIDEZ

OUTORGADA :

NOME: JOSE SANTANA FEITOSA GRIMARÃES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO
Nº DO RG: 114816399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: 677.912.803-68
ENDEREÇO: RUA GILBERTO N° 312 BAIRRO: NOVA CANA

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, 23 de SETEMBRO de 2020.

IVAN GERSON FREITAS FERREIRA
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289860/20

Vítima: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

CPF: 008.705.762-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/07/2020

Titular do CPF: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

IVAN GERSON FREITAS FERREIRA : 008.705.762-08

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: 13/10/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO