

**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)												
<b>Realces</b> 																	
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																	
<b>Filtros</b> 																	
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>																	
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9																	
500 por pág.  1																	
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por														
<input type="checkbox"/>	9 30/12/2020 11:05:30	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">9.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 30%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 10%; text-align: center;"> 2776808CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 20%; text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>9.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: center;"> 2776808CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: center;"> KITSEGURADORALIDER.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> </table>						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
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														
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (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.																	
<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> 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)																	
<input type="checkbox"/>	6 16/12/2020 15:33:37	<b>PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE</b>	Rodrigo Bezerra Delgado <b>Magistrado</b>														
<input type="checkbox"/>	5 15/12/2020 17:49:51	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ														
<input type="checkbox"/>	4 15/12/2020 17:49:51	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ														
<input type="checkbox"/>	3 15/12/2020 17:49:51	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ														
<input type="checkbox"/>	2 15/12/2020 17:49:51	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ														
<input type="checkbox"/>	1 15/12/2020 17:49:50	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim 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, 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:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	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





## 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 FESTAL 9 - Número: 78 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: JARDIM CLUBE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-048

15 - E-mail: JUAN.GERSON.FREITAS@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 95199169-3685

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 comprovação anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO 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 PÔU PANÇA (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)  (Informar o dígito se existir)

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

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

### 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 Lider 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 CIV)  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não teve filhos? teve irmãos?

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 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)

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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIZ FELIPE DA SILVA BEZERRA (TESTEMUNHA )

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 22

Profissão: Fisioterapeuta

Estado Civil: Solteiro(a)

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 (EN VOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 22

Estado Civil: Solteiro(a)

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

Fls: 2  
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA 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 292.789.932-15
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 - RESTRIÇÃO_JUDICIAL_FILE_VEICULOS - ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RENAJUD - RECALL	

Nome Envolvido

Ivan Gerson Freitas Ferreira

Envolvidos

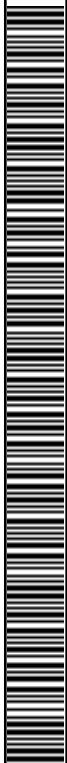
Possuidor

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 IAVA 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 MULTIPLAS 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  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019137/2020

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha

Agente Carcerário  
Matrícula 42000372

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (me)lo(a) responsável pelas informações acima inseridas e que sou o(a) que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia, Calúnia e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro".

PÓLICIA MILITAR

Comunicante

  
DAT  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

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 Z2E9Y



## 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 FESTAL 9 - Número: 78 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: JARDIM CLUBE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-048

15 - E-mail: JUAN.GERSON.FREITAS@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 95199169-3685

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 comprovação anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO 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 PÔU PANÇA (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)  (Informar o dígito se existir)

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

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

### 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 Lider 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 CIV)  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs/vivos?  Sim  Não

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 10/08/2020  
JUAN GERSON FREITAS FERREIRA  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



**RORAIMA ENERGIA**

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO: **0032588-0**

**RORAIMA ENERGIA S.A.**  
Av. Capitão Ene Barreto, 671 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

**Nº DA NOTA FISCAL: 5405120 FCAM\***  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 16.438 de 24 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,07

**ROHARIA PEREIRA DE SOUZA**  
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA  
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA  
CPF: 00087608650249

DADOS DA LEITURA						
Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	23/07/2020	
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	30	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA						
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçāo	Número Medidor	Faturamento	Modalidade	
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC	

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	Mwh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KWh FPONTA	INJETADO FPONTA	KWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	KWh RESERVADO
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1.000						
Resíduo							
Medido	298						
Faturado:	298						

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

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDIDAS					
TARIFA SEM IMBUTÍCOS:	0 A 298 - 0,517770	0	122	13	80	1239	194
						206	280
						323	298
						298	

05/07/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 <sup>ª</sup> Classificação/Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Sa <sup>úde</sup>		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
		<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

0001254275	05/07/2020 01:56:51	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19- 8		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
IVAN GERSON FREITAS FERREIRA		05/07/1997	23 A 0 M 0 D				
Identidade	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Mãe				M	NAO	PARDA	BRASILEIRA
NI					INFORMADO	NI	Contato
Endereço							Ocupação
RUA -- SN -- BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE CARRO	URGÊNCIA						
Selar	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL						
Queixa Principal	1. Acidente de trânsito <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)							
Trancos p/ 2 dias com dor na clavícula + dor/mais dor na articulação do cotovelo. Duração de 2 dias. Descrição: dor intensa e constante. Exame: exame de rotina. Exames complementares: Rx de cotovelo e de clavícula. (Correto x post) Cade o que fez de pior para pior do seu ponto de vista.							
Hipótese Diagnóstica - TC. Infarto agudo de miocárdio. Sintomas: dor torácica intensa, pressão no peito, sensação de fome. TC: 100. Rx de cotovelo e de clavícula. PT: 116x63. STO: 98%							
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
1500 ml LÍQUIDO (gelo) Glicoril 100 mg IM.				8:00 10h.	Farto		
CENTRO MEDICO							
CENTRO MEDICO							
Conduta							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: <u>Ortopedia</u> - a 50m							
Data e Hora da Saida Alta: / / : : : :							
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMI. Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável							
Carimbo e Assinatura do Médico							

Impresso por: rosivan.barros  
Data Hora: 05/07/2020 02:00:03





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

 Data: 05/12/2020 O.S. \_\_\_\_\_



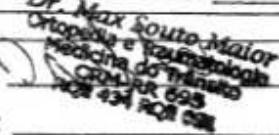
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: \_\_\_\_\_

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: 

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

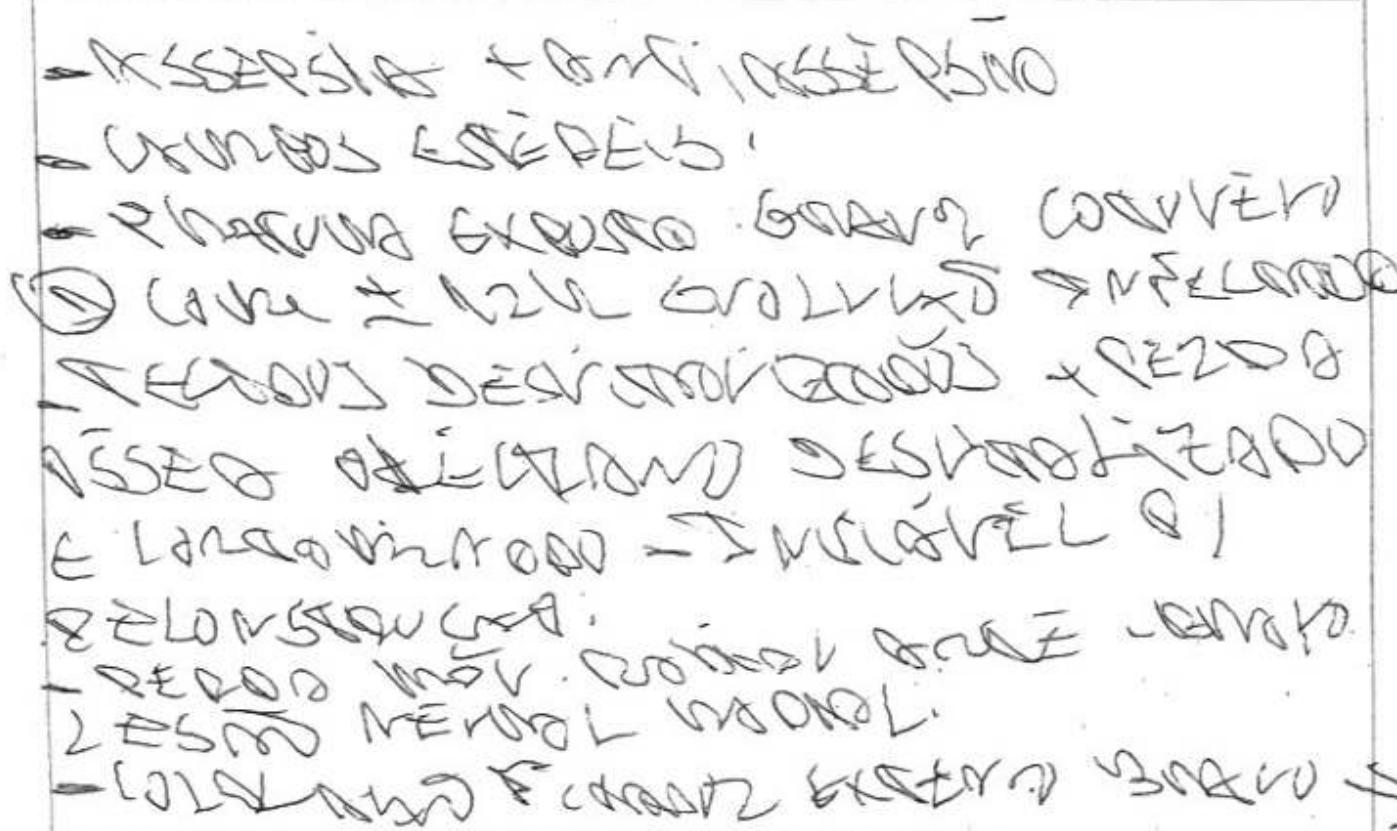
1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR Hospital Geral de Roraima	
PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <u>MAN GEDSON VELTOS</u>					
AGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<u>S/AD</u>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				<u>Manhã</u>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<u>S/N</u>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<u>06</u>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<u>S/N</u>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<u>atm</u>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<u>18 24 06</u>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<u>S/N</u>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<u>24 06 12 13</u>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<u>18 06</u>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<i>Dr. Max Souto Maior Ortopedia e Traumatologia Medicina do Trabalho CRM-RR 696 PDT 434.208.576</i>				
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

**EVOLUÇÃO MEDICA:**  
# 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- MLI

### RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 15 de 2020

PACIENTE: JOÃO VIEIRAS VIEIRAS FERREIRA DN: 111

DIAGNÓSTICOS: ARRITMIA CARDÍACA

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:

Boa Vista, 05 de 12 de 2020. Hora: \_\_\_\_\_

Dr. Max Souto Maior  
Ortopedia e Traumatologia  
Medicina do Trabalho

CRM

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Iderson P. Silver  
CRM-08-1135  
Ortopedia e Traumatologia

CRM \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:  
 HC  HLI  HMI  OUTRO \_\_\_\_\_





## 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

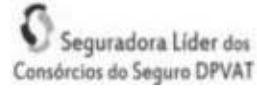
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## RECEIPO 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](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: 13/10/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

---

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



## PROCURAÇÃO

### **OUTORGANTE :**

NOME: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
PROFISSÃO: ALTOFORMO  
CPF: 008.705.762-08 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
BAIRRO: JOAQUIM CLUBE RG: 373057-3 SSP/R22  
CEP 69.313-048 ENDEREÇO: RUA VESTAL Nº 78  
CIDADE: BOA VISTA - Roraima

VÍTIMA: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA  
CPF: 008.705.762-08 DATA DO SINISTRO: 05-07-2020  
NATUREZA: INVALIDEZ

### **OUTORGADA :**

NOME: JOSÉ SANTANA Freitas GRIMARAS  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: ALTOFORMO  
Nº DO RG: 11486399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SEPTIMA  
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999  
Nº CPF: 627.942.803-68  
ENDEREÇO: RUA GUERREIRO 12 312 Bairro: Nova Cidade

### **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](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: 13/10/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO