

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: 2948695220210108172802****Processo 0832183-47.2020.8.23.0010** - (22 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: <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	Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória				
Filtros					
Movimentado Por: <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	Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/>				
Descrição: <input type="text"/>					
6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	6 08/01/2021 17:28:02	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		6.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2777328CONTESTACAO01.pdf	Público
		6.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2777328CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
5	17/12/2020 17:04:06	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
4	17/12/2020 17:04:06	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
3	17/12/2020 17:04:06	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	17/12/2020 17:04:06	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
<input checked="" type="checkbox"/>	1 17/12/2020 17:04:05	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, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200366955

Vítima: KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

Data do Acidente: 02/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.
A documentação médica anexada, datada de 02/06/2020, emitida pelo Dr. ARNALDO J. H. PEREZ, CRM nº 1554 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0023300234 - carta_31 - INVALIDEZ



00040117

Carta nº 162223241

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: PJSNM GAY77 D9EBT FERUD



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: 707 255.102-69 4 - Nome completo da vítima: KARLINE JOSÉFIA RICARDO ZARAGOZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: KARLINE JOSÉFIA RICARDO ZARAGOZA
6 - CPF: 707 255.102-69
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA HC 05 9 - Número: 91 10 - Complemento: CHOCARA
11 - Bairro: EN. PEGO (CAMPO) 12 - Cidade: BEA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-464
15 - E-mail: SANTANAGUINARAO@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 193199169-3685

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

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) 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 nascituro (vel nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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 - 1º | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, 08/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 707 255.102-69 4 - Nome completo da vítima: KARLINE JOSÉFIA RICARDO ZARAGOZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: KARLINE JOSÉFIA RICARDO ZARAGOZA
6 - CPF: 707 255.102-69
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA HC 05 9 - Número: 91 10 - Complemento: CHOCARA
11 - Bairro: EN. PEGO (CAMPO) 12 - Cidade: BEA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-464
15 - E-mail: SANTANAGUINARAO@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 193199169-3685

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

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) 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 nascituro (vel nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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 - 1º | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, 08/10/2020. Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



JESUS

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE

MAI/2020

CÓDIGO MINHA OI
402003418872

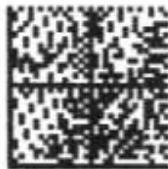
VENCIMENTO

02/06/2020

Emissão em 15/05/2020
Período de 13/04/2020 a 13/05/2020

PAGAR (R\$)

114,35



COD ASA BRANCA RR
JESUS RAMON GALLARDO RENGEL
RUA HC 05 91
SENADOR HELIO CAMPOS
69316-464 - BOA VISTA - RR



7200039896 00000 000000000000 10 150520

AD: 00013620

**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.



Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

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)							
	KWh 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 IMBUTOS: 0 A 298 - 0,517770		0	12	13	18	194	239
							280
							323
							298
							298

DPVAT
Administrador de Seguros DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www1.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José SANTANA FETTO GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Karla Luci Josepha Ribeiro Marques inscrito (a) no CPF sob o Nº 309.255.102-69, do sinistro de DPVAT cobertura MURIBAZ da Vítima Karla Luci Josepha Ribeiro Marques inscrito (a) no CPF sob o Nº 306.935.191-91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Gideão	Número	312	Complemento	Casa
Bairro	Nova Canaã	Cidade	RR	Estado	CEP
Email	SANTANA.GIMARÃES@GMAIL.COM	Telefone comercial(DDD)	95144169-3685	Telefone celular (DDD)	

Boa Vista, 08 de Outubro de 2020
Local e Data


Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 ^ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação			
Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		(<input type="checkbox"/>) Vermelho (<input type="checkbox"/>) Laranja (<input type="checkbox"/>) Amarelo (<input type="checkbox"/>) Verde (<input type="checkbox"/>) Azul Ass.	(<input type="checkbox"/>) Vermelho (<input type="checkbox"/>) Laranja (<input type="checkbox"/>) Amarelo (<input type="checkbox"/>) Verde (<input type="checkbox"/>) Azul Ass.	(<input type="checkbox"/>) Vermelho (<input type="checkbox"/>) Laranja (<input type="checkbox"/>) Amarelo (<input type="checkbox"/>) Verde (<input type="checkbox"/>) Azul Ass.			
2001247321	02/06/2020 19:42:14	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19- 6		
Paciente	KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF 07	Prontuário	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Mãe				F		PARDA	VENEZUELA
MAGALISMJOSEFINA ZARAGOZA					Pai	NI	Contato
Endereço	RUA -- SN -- BOA VISTA - RR						Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor	URGÊNCIA						
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.					
DEMANDA ESPONTÂNEA							
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					Registrado por: JACKSON.SADOVSKI	
<i>Queda de moto</i>							
Anamnese de Enfermagem						GSC	TOTAL
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)						AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
<i>Palha sítio de ferida fez febre de 38°C, febre tumb</i> <i>e. MSD, fr.</i>							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
<i>Transfusão MSD</i>							
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-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						
PREScrição						APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Dinoprocto c/g ev</i> <i>- Tumor 20g d.</i>						<i>Luz</i> <i>6150</i>	
<i>Dr. Amália J. H. Perez</i> <i>CRM 15599 AR / ROE 170</i> <i>Cirurgia Geral</i>							
Conduta							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório							
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)							
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação							
<input type="checkbox"/> Transferência para: <i>CVS/FCM</i>							
Óbito							
Antes do 1 ^º Atendimento?	Sim	Não	Destino:	Família	IMI, Anatomia Patológica		

Documento assinado digitalmente conforme MPB nº 2.200-2/2001 | e nº 11.419/2006

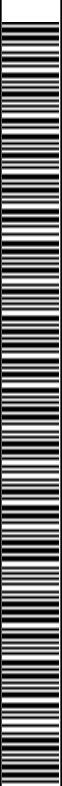
Documento assinado digitalmente, conforme art. 11, II, do Decreto nº 5.452, de 2005.

四

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001 | e-inº 11.419/2006

Documento assinado digitalmente, conforme art. 2º do Decreto nº 1.173/2000
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi> - Identificador: PJSNM GAY77 D9EBT FERUD

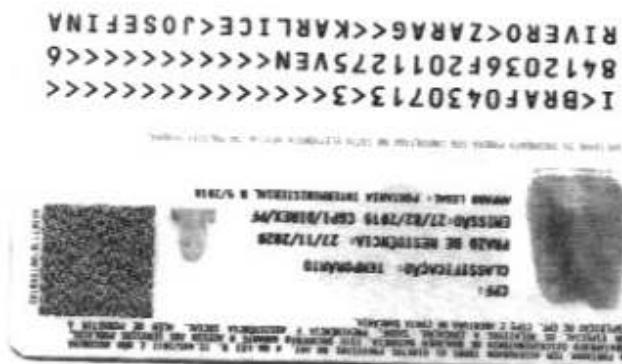






Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação desse em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSNMGAY77D9





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200366955 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KARLICE JOSEFINA RIVERO **Data do acidente:** 02/06/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A
ZARAGOZA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO. PG. 1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

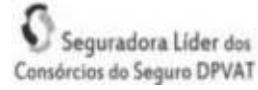
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289866/20

Vítima: KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

CPF: 707.255.102-69

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/06/2020

Titular do CPF: KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

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

KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA : 707.255.102-69

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

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: Karlice Josefina Rivero Zaragoza
NACIONALIDADE: VENEZOLANO
ESTADO CIVIL: CASADA
PROFISSÃO: PUTORONA
Nº DO RG: 08485.040848.12018-15
DATA DE EMISSÃO: 21-09-2018 ÓRGÃO EMISSOR: POLÍCIA FEDERAL
Nº CPF: 307.255.102-69
ENDERECO: RUA HC 05. N° 91 Bairro: Senador Helio Campos

OUTORGADO:

NOME: Cláudia Sartori Feitosa Guimaraes
NACIONALIDADE: BRAZILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ALTOURADO
Nº DO RG: 114906991-3
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/SC
Nº CPF: 627.942.803-68
ENDERECO: RUA CURAU N° 312 Bairro: Nova Correia

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 Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), quitar, requerer e retirar documentos em órgãos públicos, municipais estaduais, federais e órgão pertencente ao setor privado, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para rédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista, 24 de Janeiro de 2020



Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289866/20

Vítima: KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

CPF: 707.255.102-69

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2020

Titular do CPF: KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA : 707.255.102-69

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

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