

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:
2953220620210115110215

Processo 0832390-46.2020.8.23.0010 ☆ - (26 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

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

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 6	15/01/2021 11:02:15	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
6.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778345CONTESTACAO01.pdf Público
6.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778345CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
5	19/12/2020 16:39:01	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	19/12/2020 16:39:01	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	19/12/2020 16:39:01	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
		Registro de Distribuição	
2	19/12/2020 16:39:01	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
		2ª Vara Cível	
[+] 1	19/12/2020 16:39:01	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	JOSE HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS 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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012566

Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15355497



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, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012566

Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

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.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 19/10/2019, emitido pelo Dr. FERNANDO REZENDE CRM nº 2007 - RR, da Instituição SUS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15370097

Pag. 01559/01560 - carta_31 - INVALIDEZ





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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

023.696.372-42

Rodrigo de Oliveira 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:

Rodrigo de Oliveira Ferreira

6 - CPF:

023.696.372-42

7 - Profissão:

Desempregado

8 - Endereço:

Rua - Mestre Albano

9 - Número:

3263

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ASA BRANCA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-238

15 - E-mail:

RECUSO@

16 - Tel.(DDD):

35 98122-7434

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 00069866

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(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)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 08/01/20

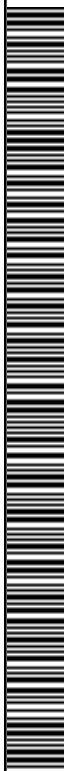
Rodrigo de O. Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FDS 001 10002/2010





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044400/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/12/2019 10:10 Data/Hora Fim: 12/12/2019 10:37
Origem: Polícia Judiciária Data: 12/12/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 19/10/2019 12:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua: Tambaqui

Bairro: Santa Tereza

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (ART. 303, § 1º DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Sexo: Masculino	Nasc: 20/04/1999
Profissão: Desempregado		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Rosalva Spusa de Oliveira		Nome do Pai: Nilsomar Ferreira da Silva	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 023.696.372-42

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Mestre Albano
Complemento: Casa
Bairro: Asa Branca
Telefone: (95) 99147-3261 (Celular)

Nº: 3263

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 775.140.092-72	Placa NUH-9507
Renavam 01137372866	Número do Motor JC48E3J001722
Número do Chassi 9C2JC4830JR001718	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor LARANJA	UF Veículo Roraima



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044400/2019

Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/BIZ 125
Modelo	HONDA/BIZ 125	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Rodrigo de Oliveira Ferreira		Possuidor	
Grupo	Veículo	Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário	072.273.004-71	Placa	NAY-6129
Renavam	00596321961	Número do Motor	327A0111749759
Número do Chassi	9BD197132E3145486	Ano/Modelo Fabricação	2014/2013
Número da Carroceria	72459316	Cor	VERMELHA
UF Veículo	Roraima	Município Veículo	Boa Vista
Marca/Modelo	FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4	Modelo	FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Meio Empregado		
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Desconhecido 1		Depositário, Proprietário, Possuidor	

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que diz ser habilitado, mas não apresentou, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme, hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo a motocicleta também devidamente descrita acima e que está em nome de LEILA MICHELLY RODRIGUES. Que ao ultrapassar um veículo que estava trafegando em sua frente, outro veículo (PLACAS NAY-6129), devidamente descrito acima, que trafegava também na frente de ambos, freou bruscamente e sem motivo, onde o comunicante não conseguiu frear e nem desviar sua motocicleta, vindo a colidir na traseira do mesmo. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado pelo SAMU até o HGR. Que o veículo de placas NAY-6129, não permaneceu no local. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

Rodrigo de Oliveira Ferreira
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF na vítima:

023.656.372-42

4 - Nome completo da vítima:

RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 345/2012

5 - Nome completo:

RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

6 - CPF:

023.656.372-42

7 - Profissão:

DESEMPREGADO

8 - Endereço:

RUA - MESTRE ALVARO

9 - Número:

3263

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ASA BRANCA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - Cep:

69.312-258

15 - E-mail:

RODRIGO

16 - Tel.(DDD):

95 98122-7434

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00

☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DE INCENTIVAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DE INCENTIVAÇÃO (PAI, TUTOR, TITULO)

☒ CONTA POUANÇA (intende para investimentos. Abrir uma única)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (intende para saques)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3027

CONTA:

00068866

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito de verificação)

(Informe o dígito de verificação)

(Informe o dígito de verificação)

(Informe o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ressarcimento do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, ressaltando o fato de que, desde já, o valor da indenização/ressarcimento do Seguro DPVAT é devido e não precisa de avaliação médica para ser pago.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impedido de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.024/74), uma vez que:

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

Solicito o ressarcimento do prêmio de minha parte de indenização do Seguro DPVAT, por não poder comparecer com base na não apresentação médica e apresentação ao lado do IML, conforme não, desde já, em que submeto a análise médica presencial, caso necessário, às autoridades competentes para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto no art. 6.º, § 1.º, da Lei nº 5.024/74.

Declaro que esta autorização não implica prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso a source do não contestado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PROCELYMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

24 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

25 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

26 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

27 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

28 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

30 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

33 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

34 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

35 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

36 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

37 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

38 - Se for casado, informar o nome completo do(a) cônjuge: ☐ Sim ☐ Não

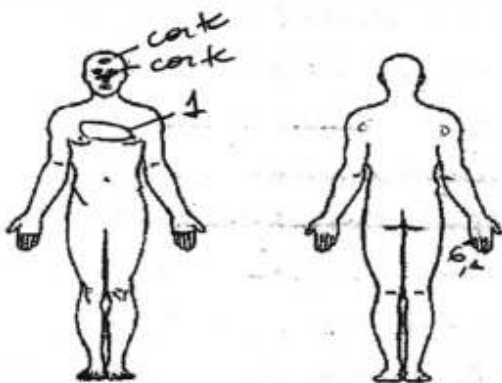
40 - Locs. e Data: Boa Vista - RR 08/01/20

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do segurado

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 2039: -		SAMU 192											
UNIDADE: Bravo I		EQUIPE: Tec. Tacimar		cond: Odiles													
Paciente: Rodrigo de Oliveira Ferreira		Idade: 20		Sexo: MAS													
Nacionalidade: Brasileiro		Raça: Branca ☒ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia															
Endereço: Rua Tambagui		Bairro															
Nº 17994		DATA 19/10/2019		HORA J/9: 12:23		BASE () VIA () () RÁDIO											
Médico (a) Regulador (a): Dr. Frito		HORA J/10: 12:25				() CELULAR											
MOTIVO INICIAL: Caro x moto																	
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒		1 a 3 horas ()		4 a 24 horas ()		Mais de 24 horas () Não sabe ()											
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATA																	
☒ Acidente de trânsito ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica																	
☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência																	
☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar																	
☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☐ Outros																	
ACIDENTE DE TRÂNSITO																	
VÍTIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA											
☐ Pedestre ☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado		☐ A pé ☐ Ônibus ☐ Automóvel ☐ Micro-ônibus ☒ Motocicleta ☐ Outro ☐ Bicicleta		☒ Automóvel ☐ Bicicleta ☐ Motocicleta ☐ Animal ☐ Ônibus ☐ Outro ☐ Micro-ônibus		☒ Capacete ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança											
AVALIAÇÃO INICIAL																	
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA											
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro: _____		☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradpnéia ☐ Taquipnéia		☐ Bradicárdico ☒ Taquicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Extremidade		☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ D ☐ E ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora											
SINAIS VITAIS E ESCORES																	
Hora		P.A mm/hg		F.C Bpm		F.R Mpm		Sat O ₂ %		T. Axilar °C		Glicemia		Esc. visual "DOR"		Glasgow	
Início 12:39		130/80		102		20		97								15	
Fim 12:55				94				98									
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA																	
LESÃO IDENTIFICADA						ABERTURA OCULAR											
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida espirativa 16 - Empalamento 17 - Outros						4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta											
						RESPOSTA VERBAL											
						5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta											
						RESPOSTA MOTORA											
						6 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta											
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA													
☒ Ritmo Sinusal ☐ FV ☐ Taquicardia Sinusal ☐ TV ☐ Flutter Atrial ☐ AESP ☐ Fibrilação atrial ☐ Assistolia		☐ Neurológica ☐ Respiratória ☐ Cardiovacular ☐ Digestiva		☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☒ Medicação de uso		☐ Alergias ☐ Outros Nega											
GRAVIDADE COMPROVADA		☒ Pesco ☐ Pequena ☐ Média ☐ Severa ☐ Óbito															
		Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		Marcos Shimiti Médico CRM-RR 2042		SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em 11/11/19 [Assinatura]											
CIENTES		☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Hospitalização ☐ Não se encontra no local		☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN		☐ Bombeiros ☐ Outros											

PERT DO PAZ	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG:
	TESTEMUNHA 01:	RG:
	TESTEMUNHA 02:	RG:

GESTANTE			
Idade Gestacional:	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante	
BCF:	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☒ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical	☒ Curativos
☐ Cateter nasal: ___ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ___ L/min	☒ Oximetria	☐ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolea-valva-máscara: ___ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:
☒ Acesso venoso Gelco n°	☒ Acesso venoso Scalp n°	☒ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Gases	01		
Atademas	01		
Luva G	03 por		
Luva de nitril p	02		

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

As 12:23 equipe foi acionada para atender uma ocorrência de natureza traumática (carro e moto) no local encontramos a vítima em decubito dorsal ao solo consciente, orientado, acompanhada de populares, na avaliação primária com atenuação na cervical, na secundária constatado lesões fácticas na figura, sinais vitais dentro dos parâmetros normais, comunicado ao médico regulador, o mesmo tomou conhecimento da ocorrência clínica da vítima e autorizou encaminhá-la ao GT/HGR.

Tacimar da Silva Pereira
Técnica em Enfermagem
COREN/RR 000637.812

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 01 14 19
Stephanie



RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 591 - 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 Impresão autorizado pelo SEFAZ RR/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal: 4106901

SEU CÓDIGO: 0023025-1

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCM

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	11/12/2019	231	208,38

RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA
R. MESTRE ALBANO 3263 - ASA BRANCA
CEP: 69.312-298 - BOA VISTA
CPF: 00082369637242

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 21.179	Atual: 25-11-2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 20.994	Anterior: 25-10-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 5-12-2019	Ligação: 31/03/2014
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 23-11-2019	Número Medidor: 2001076
Consumo medido: 231	Apresentação: 25-11-2019	Forma de Faturamento: RESPEL
Consumo Faturado: 231		Modalidade: N 15229e3

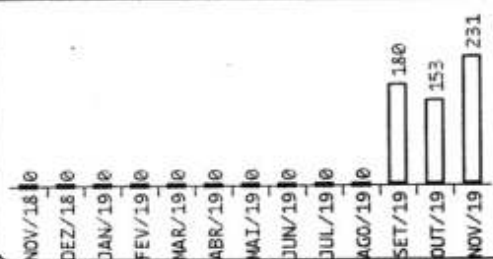
DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	231 A R\$ 0,768486 = 177,52
MULTA POR ATRASO DE I 10/19-00	0,82
JUROS DE MORA POR ATR 10/19-00	0,07
MULTA POR ATRASO 10/19-00	2,33
JUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00	0,31
ILUMINACAO PUBLICA	27,33

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 231 - R\$ 6,621801

Média 12 meses: 166

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

PROVADOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26 Parshens! Até o dia 23/11/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 8325.B47D.BCDE.DE34.DF7D.7B15.00F0.BEF9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 95,99	Encargos: 5,40	Base de Cálculo: 177,52	ICMS: 17,00%
Distribuição: 42,05	Tributos: 34,05		PIS: 0,37%
Transmissão: 0,00			COFINS: 1,00%
			VALOR: 30,17
			0,67
			3,21

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DIC		FIC		DNIC	DICR
Mensal	Trimestral Anual	Mensal	Trimestral Anual	Mensal	Mensal
9,24	18,49 36,99	8,46	16,92 33,84	4,99	
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	

CAERR
C.N.J. 05.938.487/0001-18
REGISTRO ESTADUAL: 30.995.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 88.304-410

Atendimento
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 1041355
Agosto/2019

Endereço para entrega: RUA MANOEL FELIPE, NUM. 1467/ - 4 - ASA

Dados do Cliente:
ROSAIRIA SERRAO NUNES

Inscrição: 102.0281.0001-00 Rota: 3430 Rota Seq. Rota: 1 Situação de Economias: 1

Flu. 102.0281.0001-00 Data de Instalação: 22/01/2015 LIGADO: LIGADO SITUACAO: FACTIVEL

Y11B007107 ANTERIOR: 117 ATUAL: 117 CONSUMO (m3): 1 NUM DE DIAS: 29

LEITURA FAT. 116
LEITURA INF.
DT. LEITURA 17/07/2019 15/08/2019

ULTIMOS CONSUMOS

DATA	CONSUMO
201907	4-0
201906	1-0
201905	1-0
201904	1-0
201903	3-0
201902	1-0

MEDIA 1

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 Q.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDED	COR	C.TOTAL	E-COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFORMES	200	200	200	200	200

CONSUMO TOTAL (R\$)

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	23,83
CONSUMO DE AGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,49

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO: 15/09/2019 **24,32**

AVISO: EM 31/07/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1041355	08/2019	15/09/2019	24,32

82680000000-0 24320004001-8 00104135501-5 08201910003-9



Via do Cliente

Via da CAER



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.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/bibliotecaweb/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 ROSANGELA NUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.801.442, 53,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rodrigo de Oliveira Ferreira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 023.696.372, 42, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima
Rodrigo de Oliveira Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.696.372, 42, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>AV. MANOEL FELIPE</u>		Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-170</u>
Email <u>ZANZAMASULLO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>95198122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>95158-4307</u>

Boa Vista, RR, 08 de Janeiro de 2020
Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
Assinatura do Declarante

... Guia de Atendimento 17 -

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação							
Secretaria de Estado da Saúde		Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308									
1901175774	19/10/2019 13:01:04	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19							
Paciente	RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA		Data Nascimento	20/04/1999	Idade	20 A 5 M 29 D	CNS	702805674326960	CPF	02369637242			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	M	Estado Civil	NAO	Raça/Cor	PARDA	Naturalidade	BOA VISTA - RR	Nacionalidade	BRASILEIRA
Mãe	ROSALVA SOUSA DE OLIVEIRA		Endereço		RUA - MESTRE ALBANO - 3263 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR		Contato		(95) 98114-2205				
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal						
Motivo do Atendimento		ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento	URGÊNCIA		Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Setor		GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada	SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.	Registrado por: ADAO					
Queixa Principal		(☐) Síndrome Febril (☐) Sintomático Respiratório (☐) Suspeita de Dengue											
Anamnese de Enfermagem		GSC TOTAL AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6											
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		Paciente com relato de acidente moto - entrou evoluindo com dor em mão (D)											
Exame Físico		A: S/ alterações C: S/ alterações E: possível fratura em 5º metacarpo proximal (D) B: S/ alterações D: S/ alterações BGG, ARA											
Hipótese Diagnóstica		Pelo Carimbo Escrever Nome Médico CRM 1408											
SADT - Exames Complementares		(X) RAIO-X (☐) ULTRA-SON (☐) TC (☐) SANGUE (☐) URINA (☐) ECG (☐) OUTROS: _____											
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO									
2x mão (D) amputada Lx de 5º MTC - P.													
CID: Redução + Imobilização + Alta da Carteira.													
1- Difenidramina 1g (EU)													
2- Paracetamol 40mg (EU)													
Condução		Ambulatório		Observação (Até 24h)									
(☐) Alta por Decisão Médica		(☐) Ambulatório		Internação									
(☐) Alta a Pedido		(☐) Observação (Até 24h)		Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____									
(☐) Alta a Revelia		(☐) Internação											
(☐) Transferência para:		Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____											
óbito		Antes do 1º Atendimento? (☐) Sim (☐) Não		Destino: (☐) Família (☐) IML Anatomia Patológica									
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Município de Boa Vista - RR									
Impresso por: aDAO		Data Hora: 19/10/2019 13:02:04		Certificado de Autenticidade presente cópia e original do Original que foi apresentado neste Hospital									
				1901175774									

TRABALHADOR	
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.033 de 26.10.1947 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONFEE CUPOM PARA COM RECURSOS DO FAL - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR. VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR	

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO	
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL	
PROFESSOR	166.17241.60-7
INSCRIÇÃO	9771219
SERIE	0040
UF	RR
Rosaio de Oliveira Ferreira	
ASSINATURA DO TITULAR	
FOTO DO TITULAR	
IMAGEM DO TITULAR	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA FILIAÇÃO.....: NILSOMAR FERREIRA DA SILVA ROSALVA SOUSA DE OLIVEIRA SEXO: MASCULINO NASCIMENTO.....: 20/04/1969 ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO NATURALIDADE: BOA VISTA - RR DOCUMENTO.....: C. I. 4318206 250712012 SESP RR LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CPF.....: 023.896.372-42 TIT. ELEITOR.....: CNH.....: SEÇÃO.....: ZONA.....: LOCAL DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 18/09/2015	

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FILIAÇÃO.....	
DATA DE NASC. DE..... PARA.....	
DOCUMENTO.....	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME.....	
DOCUMENTO.....	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME.....	
DOCUMENTO.....	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME.....	
DOCUMENTO.....	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
LEGENDA	
A - CANCELAMENTO DE REGISTRO B - CANCELAMENTO DE REGISTRO C - CANCELAMENTO DE REGISTRO D - CANCELAMENTO DE REGISTRO E - CANCELAMENTO DE REGISTRO F - CANCELAMENTO DE REGISTRO G - CANCELAMENTO DE REGISTRO	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME ROSANGELA NUNES MASULLO	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 208734 SESP RR	
CPF 321.801.442-53	DATA NASCIMENTO 01/05/1972
PLACAO GENNARO MASULLO	
ROSARIA SERRAO NUNES	
PERMISSAO PERMISSAO	ACC ACC
CAT/VAB AB	
NR REGISTRO 06050025726	VALIDADE 22/04/2015
1ª HABILITACAO 22/04/2014	
OBSERVAÇÕES	
Rosangela Nunes Masullo	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSAO 23/04/2014
01490231461 RR207247390	
DETRAN - RR (RORAIMA)	

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 013254958887	
VIA	01	0137372866	EXERCÍCIO 2018
NOME LEILA MICHELLY RODRIGUES			
CPF/CNPJ	775.140.092-72	PLACA	NUH9507
PLACA ANT./UF	BLC2JL4B30J0001718	CHASSI	
ESPECIE TIPO	PAS/MOTONEFA/NRO APLIC.	COMBUSTÍVEL	ALCOOL/GRASOL
MARCA / MODELO	HONDA/BIZ 125	ANO FAB.	2017
ANO MOD.	2018	CONDIÇÃO	
CAP / POT / DL	125	CATEGORIA	PARTEICU
COEFICIENTE	0124CC/	CONDIÇÃO	LARANJA
COTA ÚNICA	*PAGO*	VENÇ. COTA ÚNICA	1. *****
FAVIA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	VENÇ. COTAS	2. *****
** PAGO COTA ÚNICA **		VENÇ. COTAS	3. *****
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	R\$185,50	PRÊMIO TOTAL (R\$)	R\$185,50
DATA DE PAGAMENTO	28/01/2018		
AL.FID. ADM. DE CARGA	AL.FID. ADM. DE CARGA		
PROIB. SAIR DA	PROIB. SAIR DA		
DATA	27/02/2018		

CONTRAN		DENATRAN	
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO OS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 013254958887		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
775.140.092-72			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO	2018	DATA EMISSÃO	27/02/2018
PLACA	NUH9507		
RENAVAM	0137372866	MARCA / MODELO	HONDA/BIZ 125
ANO FAB.	2017	ANO MOD.	2018
CHASSI	902JL4B30J0001718		
PRÊMIO TARIFÁRIO	R\$185,50	CUSTO DO SEGURO (R\$)	R\$185,50
CUSTO DO BILHETE (R\$)	R\$185,50		
COTA ÚNICA	R\$185,50		
PAGAMENTO	R\$185,50		
DATA DE PAGAMENTO	28/01/2018		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.669/0001-04			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011322/20

Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

CPF: 023.696.372-42

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 19/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA : 023.696.372-42

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: 09/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Nacionalidade: BRASILEIRA **Est. Civil:** SOLTEIRO

Profissão: DESEMPREGADO

Identidade: 4319206 **SSP/RR CPF:** 023.696.372-42

Endereço: Rua: MESTRE ALBANO nº: 3263 **Bairro:** ASA BRANCA

Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 69.312-298

Vitima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

CPF: 023.696.372-42 **Data do sinistro:** 19/10/2019

Natureza: () DAMS ☒ INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA **Est. Civil:** SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734 **CPF:** 321.801.442-53

Endereço: AV. Manoel Felipe, 1467/5, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

Boa Vista 12/12/2019
Local e data

X Rodrigo de Oliveira Ferreira
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011322/20

Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

CPF: 023.696.372-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA : 023.696.372-42

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: 09/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

 Seguradora
LÍDER
Administradora de Seguros DPVAX

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200012566	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA	Data do acidente: 19/10/2019	Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**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

