

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:
2964763220210129165420

Processo 0800691-03.2021.8.23.0010 ☆ - (16 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

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág. 1

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1557082414

PROIBIDO PLASTIFICAR
1557082414

NOME
DAMÁSIS MEENEZES VIEIRA SILVA

SOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSORA
3616916 SSP RR

CPF
005.210.182-77

DATA NASCIMENTO
27/02/1990

FILIAÇÃO
CÍCERO FERREIRA DA SILVA
JOSILDA MEENEZES DA SILVA

PERMISSÃO
ACB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06776143370

VALIDADE
04/01/2021

EMISSÃO
11/01/2017

DESCRIÇÃO
CAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
06/03/2018

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
SECRETARIA

ASSINATURA DO EMISSOR

81318341021
RR209575000

RORAIMA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013774634806

VIA 01 COD. RENAVAM 00499830849 ENTR. 2018

NOME
DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF/CNPJ 005.210.182-77 PLACA NUI5499

PLACA ANT./UF 902JC4820DR021853 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC. COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CAP/POT/CIL 2P70124CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA *PAGO* VENC. COTA UNICA *PAGO* 1º *****
2º *****
3º *****

FADAL P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0.7 IOF (R\$) R\$105.5 DATA DE PAGAMENTO 22/01/2018

SEM RESERVA PROIB SAIR DA A
MAZ OCID
Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR

BOA VISTA-RR LOCAL DATA 31/10/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013774634806 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 31/10/2018

VIA 01 CPF/CNPJ 005.210.182-77 PLACA NUI5499

RENAVAM 00499830849 MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2012 CAT. UNIC 9 NK CHASSI 902JC4820DR021853

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$81.29 DENATRAM (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.7 TOTAL A SER PAGO SEGURO 2 R\$185.5

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 22/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.800/0001-04 01377463
75036688

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJZR8 8UG3P JKNT4 JBP9A

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245264/20

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF: 005.210.182-77

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 27/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA : 005.210.182-77

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: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

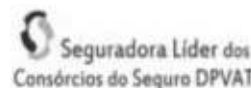
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245264/20

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF: 005.210.182-77

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 27/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA : 005.210.182-77

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: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Damores Meneses Vieira Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: autônoma RG: 3616916
CPF: 005.210.182-77 ENDEREÇO: R. Antonio Laurim dos S
BAIRRO: Santa Luzia CIDADE: Bealusta
CEP: 69.317-176

VÍTIMA: Damores Meneses Vieira Silva
CPF: 005.210.182-77 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Louro Moxeiro

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalididade 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.

Bealusta-RR, 19 de Agosto de 2020

y Damores Meneses Vieira Silva
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245264/20

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF: 005.210.182-77

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 27/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA : 005.210.182-77

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: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312134

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16087512



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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312134

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16087512



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, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312134

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

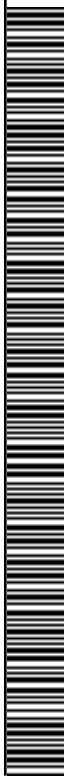
Estamos aqui para Você

Pag. 01571/01572 - carta_11 - INVALIDEZ

00050786

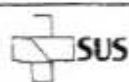


Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



Anexo I

BLOCO A



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CATEGORIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO



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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

27/02/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

		GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral do Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação VERDE		Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	
2001224995		27/02/2020 19:39:55		FICHA DE ATENDIMENTO ORTOPEDIA				NOITURNO 19- 1			
Paciente DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA		Data Nascimento 27/05/1990		Idade 29 A 9 M 0 D		CNS 708907710101315		CPF 00521018277		Prontuário 00153950	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 3616916		Órgão Emissor SSP-RR		Data Emissão 31/05/2007		Sexo F		Estado Civil PARDA	
Mãe JOSILDA MENESES DA SILVA		Endereço RUA - ANTONIO COUTRIM DA SILVA - 1745 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR		País CICERO PEREIRA DA SILVA		Contato (95) 99126-1863		Naturalidade TUNTUM - MA		Nacionalidade BRASILEIRA	
Class. do Risco VERDE		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Pronatal	
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp. 37.00		Peso 120 x 80	
Sector SALA DE GESSO/ORTOPEDI		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Registrado por: KAREN.GARCIA					
Queixa Principal relata retorno com ortopedia				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem Nega alergia a medicação, HAS, DM						GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) F+ em ultrassom (E), sem dor (E) (expose)											
Exame Físico sem dor e palpares (E)											
Hipótese Diagnóstica F+ diaf ulc (E)											
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
<i>Ortopedia</i> <i>AO C.C</i>						<i>Dr. Vitor P</i>			<i>[assinatura]</i>		
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelar <input type="checkbox"/> Transferência para:						<input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Nta: / /					
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: viviam Data Hora: 27/02/2020 19:41:58						 2001224995					



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Camaris M. V. S. Lh

Data: 27/01/21 OS: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx exposto antebraço (F)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: artroscopia Fx de antebraço (C) (ulna)
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
GNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Vitor Paracat 1º AUXILIAR: Regei
2º AUXILIAR: Marcus A. R2 INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Pct do H + anest
2. Anest + Anterg + anest
3. Incisão longitudinal em região post-... de
antebraço (C) + fixação por placa + parafusos
de fixação + redução articular + controle
radiológico + placa de P 6 Ortopedia 06/01/21
4. Controle radiológico
5. LMC + sutura + anest

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RUE: 610

HOSPITAL GERAL DE URBANIZAÇÃO
NOVO PLANALTO - SP
AUTENTICAÇÃO
1. ASS. ZUA
Certifico e dou fé em
cópia e fiel reprodução
do original



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio das Gerações"

FICHA DE ANESTESIA

Danilo Mendes Vieira Silva 29/02/2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº Naze Olayia
Naze KPP

SIN - 12 ECT	N 20																		
	02																		
LÍQUIDOS VENOSOS	At																		
	U																		
DA	°C																		
	X																		
ULSO	36																		
	36																		
ANES	34																		
	32																		
OP	30																		
	20																		
TEMP	120																		
	100																		
ASPIR.	80																		
	60																		
RESP	40																		
	20																		
Export																			
Simbolos																			
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES																
A. Fentanil	100µg	100µg GUARDO POR	ANOTAÇÕES * CHECK LIST ANEST. OK.																
B. Levofloxacilo	500mg	USO SUPLEMENTAR	MONITOR. SpO2, FC, PAM, etc.																
C. Midazolam	5mg	AXILAR	① Ouf / Numeclix 20 ② CNO 200mg																
D. LORAZOLAM	1mg	VENTILANDO EXPONDO	③ Sedação fentanil 100µg																
E.		100 SUPLEMENTAR	Midazolam 5mg																
F.																			
G.																			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cardio - Neuro / Oro Faríngea																	
NOCC		Neuro / Otorrinolaringol - Cérebro																	
SANGUE		Rol - Teno - Calibre do Tubo																	
		Sol Máscara																	
		Dificuldade Técnica																	
TOTAL	100µg	TEMPO DE ANESTESIA																	
OPERAÇÃO	Osteossíntese de Articul. de																		
ANESTESIA	De Ana Paula																		
	CÓDIGO	ESCRITURA	PERDA SANGÜEA																

De Ana Paula *De Vitor P.*

B. SILVA
CRM 1408

6 Dipirona 2g iv

Bruno Thiago O. C. Silva
MÉDICO
CRM-RR 1028



ESTADO DE RORAIMA

AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: <i>Ortopedia</i>		Procedimento Realizado: <i>Exatometria fratura</i> <i>ulna e rádio</i>	
Nome do Paciente: <i>Jarriane Mendes Lima Silva</i>		IDADE: <i>29</i>	SEXO: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nº do Prontuário	Data <i>27/02/20</i>
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <i>I</i>	Circulante de Sala: <i>Nilvana</i>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <i>Pequena fragmenta</i>					
Dados dos materiais/Service					

Dados dos materiais/Serviço

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: m. ditor Parecet 1º AUXILIAR: A moros Aguiar.

INSTRUMENTADOR:

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR:

1º AUXILIAR:

9 VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2^o OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista – Roraima – Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: son.ma.horaima@gmail.com



Nome: Damianus Mendes Vieira Silva

Data de Nasc: 27/05/1990 Idade: 29 Setor/Leito: GT Nº: 2001234995 Data: 27/05/2020

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim (✓) Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (✓) Não

Camada à V: 20:34h

Entrada na Sala

20:20h

Início da Anestesia

20:30h

Término da Cirurgia

22:30

Término da Anestesia

—

Cirurgia Realizada

20:40h

Anestesia

22:30

Posicionamento

—

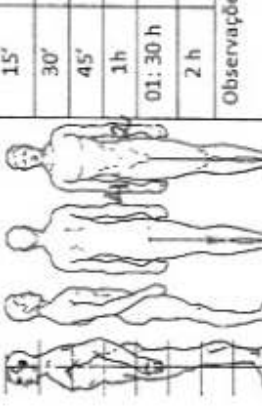
Cirurgia

Ostomização de Vagina

Anestesia

B.P.B.

Localização



1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso venoso

5. Outros:

0'

15'

30'

45'

1h

01:30h

2h

FC

75

72

88

79

PA

167x78

146x71

152x69

148x66

SPO2

99

99

99

99

ALDRETE

9

9

9

9

DOR

0/10

0

0

0

Observações:

Entrada

Medicação

1000

CH

SNG/Volume

Dreno/Qual

Hora

SE

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Hora

SVD/Qual

Outros

Entrada

Medicação

1000

CH

SNG/Volume

Dreno/Qual

Hora

SE

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Hora

SVD/Qual

Outros

Entrada na Sala

20:20h

Início da Anestesia

20:30h

Término da Cirurgia

22:30

Término da Anestesia

—

Cirurgia Realizada

20:40h

Anestesia

22:30

Posicionamento

—

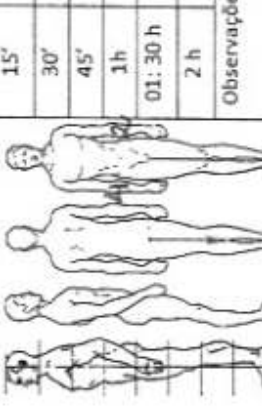
Cirurgia

Ostomização de Vagina

Anestesia

B.P.B.

Localização



1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso venoso

5. Outros:

0'

15'

30'

45'

1h

01:30h

2h

FC

75

72

88

79

PA

167x78

146x71

152x69

148x66

SPO2

99

99

99

99

ALDRETE

9

9

9

9

DOR

0/10

0

0

0

Observações:

Entrada

Medicação

1000

CH

SNG/Volume

Dreno/Qual

Hora

SE

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Hora

SVD/Qual

Outros

Entrada

Medicação

1000

CH

SNG/Volume

Dreno/Qual

Hora

SE

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Hora

SVD/Qual

Outros

Entrada na Sala

20:20h

Início da Anestesia

20:30h

Término da Cirurgia

22:30

Término da Anestesia

—

Cirurgia Realizada

20:40h

Anestesia

22:30

Posicionamento

—

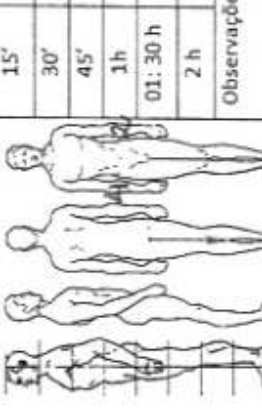
Cirurgia

Ostomização de Vagina

Anestesia

B.P.B.

Localização



1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso venoso

5. Outros:

0'

15'

30'

45'

1h

01:30h

2h

FC

75

72

88

79

PA

167x78

146x71

152x69

148x66

SPO2

99

99

99

99

ALDRETE

9

9

9

9

DOR

0/10

0

0

0

Observações:

Entrada

Medicação

1000

CH

SNG/Volume

Dreno/Qual

Hora

SE

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Hora

SVD/Qual

Outros

Entrada

Medicação

1000

CH

SNG/Volume

Dreno/Qual

Hora

SE

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Hora

SVD/Qual

Outros

Entrada na Sala

20:20h

Início da Anestesia

20:30h

Término da Cirurgia

22:30

Término da Anestesia

—

Cirurgia Realizada

20:40h

Anestesia

22:30

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Domariz Muniz Vieira Silva

Responsável Cirurgião Dr. Vitor Araújo

Dr. Manoel

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade

☒ Sítio Cirúrgico

☒ Procedimento

Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: Negativa

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura

Data 27/01/20 Hora 20:30h

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr.º Arnaldo | Riz Bruner

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Sítio cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

Revisão da Unidade Sem Integração Pré-Op.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

☐ Sim,

Qual: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO ☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO ☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo
ANA ESTANISLAU

Be A 102-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <i>Damaris M. V. Silva</i>					
AGNÓSTICO <i>POS-OP F+ melu E</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	DATA	<i>27/02/20</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>Mantem</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>24 06 12 18</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>29 08 16</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>24 06 12 18</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>22 10</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rotina</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>Rotina</i>
15					
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; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	<i>100 + 60</i>	<i>70</i>	<i>36</i>

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



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

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



102-2

DATA DE ADMISSÃO	DIH	27/02/2020	DN
PACIENTE	DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA		
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	102-2	DATA
ITEM			28/02/2020
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	AVP	30/15	
3	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	12/18/21/06	
4			
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H		
12			
13	CURATIVO		
14	SSVV + CCGG 6/6H		
15			
16			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS
PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES
FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM USO DE CURATIVO EM
ANTEBRAÇO ESQUERDO. CIRURGIA REALIZADA DIA 27/2/20.

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	TT	
12 H	178/87	67		36,5°C	
18 H	117/70	65		36,0°C	
24 H	128/81	59		36,3°C	

6h 127/85 62 36,5°C
Tudo a favor de SSVV
DM - CPM
Unidades gerais feitas
Sem Quiloides
Localidade: Nova de São
COPEN - 252.349 - 71

102-02



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Domício Mendes Vieira 29 ANOS;
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 27.2.20
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta de fêmur E, COM

NO DIA 27.2.20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE fratura exposta de fêmur SENDO

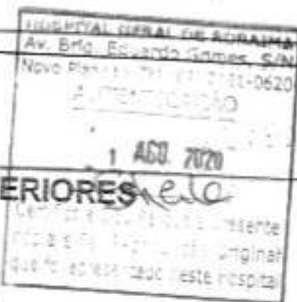
OPERADO PELO DR. U. da Silva E DR. U. da Silva

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 29.2.20 ÀS 10 horas EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1.3.20 ÀS 1 hora COM O
DR. U. da Silva

ORIENTAÇÕES GERAIS :

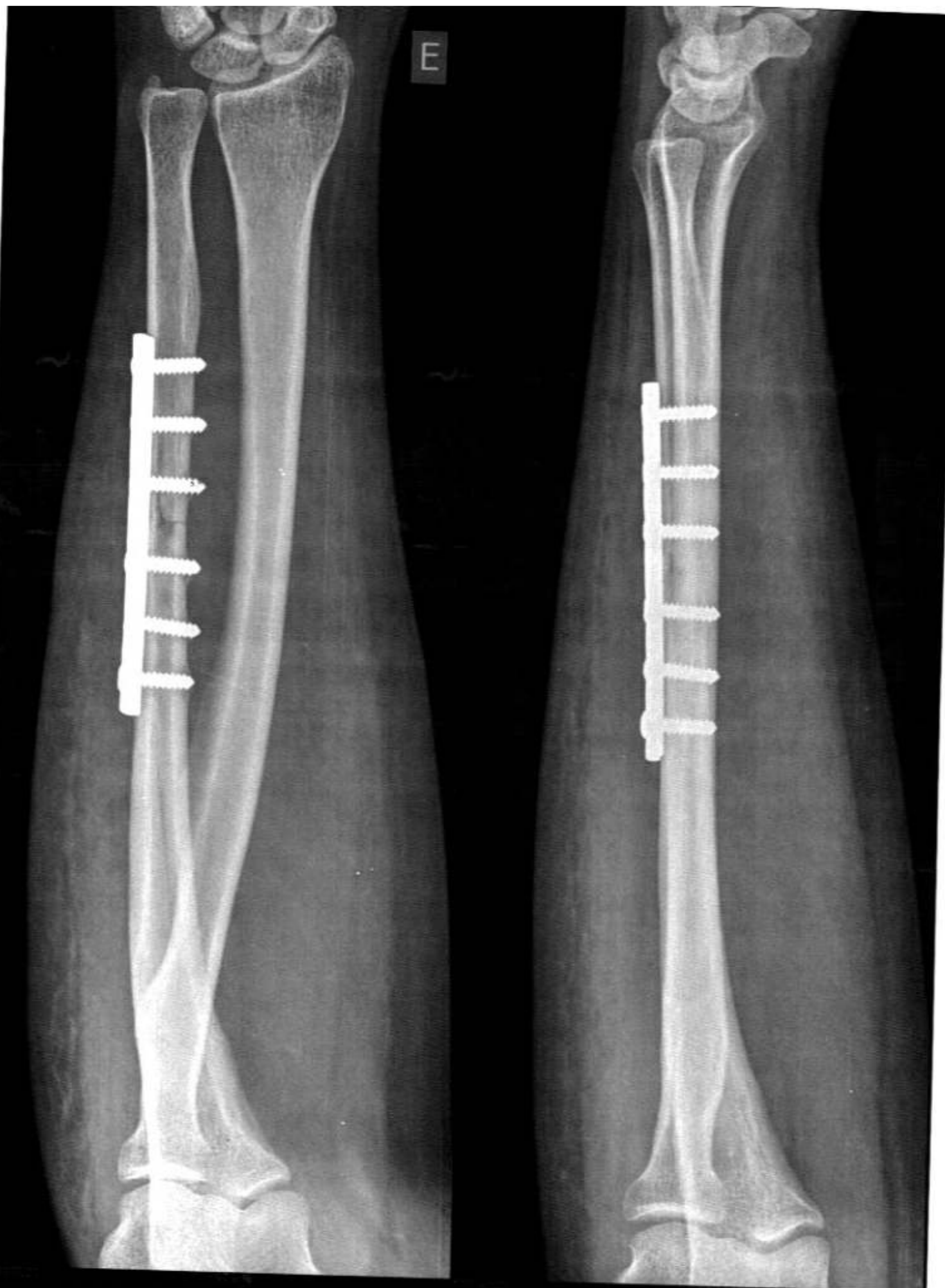
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES.
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
HGR 1904

BOA VISTA 29.2.20

MÉDICO



DAMARIS MENESES DA SILVA

3066

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro





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: 005.910.189-77 4 - Nome completo da vítima: Damares Meneses Vieira Silva

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

5 - Nome completo: Damares Meneses Vieira Silva 6 - CPF: 005.910.189-77
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. Antônio Patrício de S. 9 - Número: 1795 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Luzia 12 - Cidade: Brasília 13 - Estado: DF 14 - CEP: 69.312-176
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 09113-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, 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 (PAÍS, 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: 3027 (Informar o dígito se existir) CONTA: 000324857 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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 nascido (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: Brasília, DF 25 de Agosto de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008845/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/02/2020 10:49 Data/Hora Fim: 28/02/2020 10:49
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 27/02/2020 13:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Santa Luzia

Logradouro: av. solon rodrigues pessoa com rua Antonio coutrim da silva

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DÂMARIS MENESES VIEIRA SILVA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 27/05/1990

Idade: 29 anos

Naturalidade: MA - Tuntum

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Josilda Meneses da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 361691-6

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua antonio coutrim da silva

Bairro: Santa Luzia

Telefone: (95) 99130-5329 (Celular)

Nº: 1745

Nome Civil: JHONATAN VIEIRA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 04/10/1989

Idade: 30 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Auxiliar de Cartório

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Raimunda Arleide Vieira Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3165299

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: av. solon rodrigues pessoa com rua Antonio coutrim da silva

Bairro: Santa Luzia

Telefone: (95) 99126-1863 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Washington Baião da Silva
Data de Impressão: 28/02/2020 10:50

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 008845/2020-A01

Grupo Veículo

Descrição HONDA/BIS 125

Placa NUI5499

Número do Motor JC48E2D021853

Ano/Modelo Fabricação 2013/2012

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST BEN. TRIBUTARIO

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 005.210.182-77

Renavam 00499830849

Número do Chassi 9C2JC4820DR021853

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 30/10/2018

Nome Envolvido

Dâmaris Meneses Vieira Silva

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado esteve nesta Unidade Policial para comunicar que: a vítima acima qualificada é sua esposa; Que a mesma pilotava a motocicleta acima descrita; Que a vítima transitava pela rua Antônio Coutrim da Silva, quando ao cruzar pela Avenida Solon Rodrigues Pessoa, não visualizou outra motocicleta Honda/Titan-Preta, placa NAT2719; Que esta transitava pela via preferencial; Que houve a colisão entre os envolvidos; Que a vítima foi encaminhada pelo SAMU ao pronto socorro estadual HGR; Que segundo o comunicante a vítima fraturou o braço esquerdo e ficou lesionada em parte do corpo. Era o que tinha a comunicar.

ASSINATURAS

Washington Baidão da Silva

Agente de Polícia

Matrícula 42000335

Responsável pelo Atendimento

Jhonatan Vieira Silva

(Comunicante)

"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-Denúncia 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 005.910.189-77 4 - Nome completo da vítima: Damarex Meneses Vieira Silva

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

5 - Nome completo: Damarex Meneses Vieira Silva 6 - CPF: 005.910.189-77
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. Antônio Patrício de S. 9 - Número: 1795 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Luzia 12 - Cidade: Brasília 13 - Estado: DF 14 - CEP: 69.312-176
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 09113-3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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 (PAÍS, 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: 3027 (Informar o dígito se existir) CONTA: 000324857 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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 nascido (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: Brasília, DF 25 de Agosto de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0076880-4

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

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5543363 FCAM*
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
fornece pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2020	16/08/2020	299	278,62

MARIA RITA BATISTA DE SOUZA
CPF: 00048758922334
R. ANTONIO COUTRIM DA SILVA 1745 - SANTA LUZIA
CEP: 69.317-176 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 16/07/2020 Anterior: 09/06/2020 Próxima leitura: 18/08/2020
Emissão: 09/07/2020 Apresentação: 18/07/2020 Dias de consumo: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo 1.1.1.2 Classe/Subclasse RESIDENCIAL Ligação BIF Número Medidor TDB1913080 Faturamento NORMAL Modalidade CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED	INJETADO INTERMED	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	2808							
Leit. Anterior	2509							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	299							
Faturado	299							

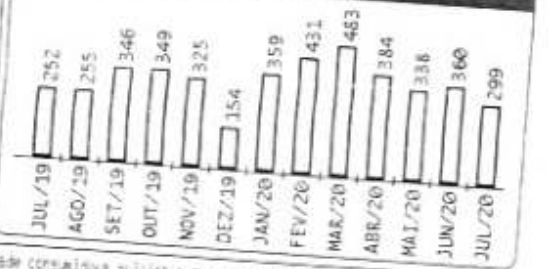
DESCRIÇÃO DA CONTA

	299 a R\$ 0,755234 =	
CONSUMO		
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 03/20-00		225,81
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 03/20-00		0,01
MULTA POR ATRASO DE 1 03/20-00		7,22
JUROS DE MORA POR ATR 03/20-00		2,27
MULTA POR ATRASO 03/20-00		0,69
JUROS DE MORA DE INPO 03/20-00		7,48
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		10,22
		24,92

OUTRAS INFORMAÇÕES

INFORMAÇÃO TELEFÔNICA
0 800 030 030 - 0.517778

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Mês	Consumo (kWh)
JUL/19	252
AGO/19	255
SET/19	346
OUT/19	349
NOV/19	325
DEZ/19	154
JAN/20	359
FEB/20	431
MAR/20	483
ABR/20	384
MAI/20	338
JUN/20	360
JUL/20	299

MENSAGENS IMPORTANTES

Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/08/2020, em função das contas repetidas desta fatura. O seu pagamento poderá evitar também a inclusão do nome do consumidor no CADIN. Informamos ainda que as contas repetidas e a realização do valor de R\$ 225,81 (valor histórico) não foram efetuados o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes Ano Valor R\$
06-2020 225,81

LIGUE 0800 030 030 E FAÇA O PAGAMENTO 11 5 11 21 75

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO F420.7C24.9994.7CAE.94C4.FB58.0A79.6F55

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	123,60
Distribuição:	54,13
Transmissão:	0,00
Encargos:	7,00
Perdas:	

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	225,81
ALÍQUOTA	VALOR
ICMS: 17,00%	38,38

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,85	17,70	35,40
Realizado	4,23		

FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	4,00		

DMIC	Mensal	DICRI	Mensal
Limite	4,82	Limite	
Realizado			



09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Damores Menezes Vieira S inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.210.182 / 77

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Damores Menezes Vieira S

inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.210.182 / 77 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Bonito</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>W.Franco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel.(DDD): <u>9913-3835</u>

Local e Data: Bonito RR 25 de agosto de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GILJO CRUZ		REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016	
 Polegar Direito		NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO	
William gonçalves franco ASSINATURA DO TITULAR		FILIAÇÃO GERALDO ROCHA FRANCO	
		MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO	
		NATURALIDADE SANTA INÊS - MA	
		DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978	
		DOC. ORDEM CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35	
		2 OF BOA VISTA - RR	
		825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI Partido Populista do Povo do Brasil	
		2 VIA	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7 116 DE 29/08/83	

