

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

1900128322 04/09/2019 16:21:07

FICHA DE ATENDIMENTO

CLINICA MEDICA

TARDE 13-19

32

Paciente

VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Data Nascimento

25/10/1988

Idade

30 A 10 M 10 D

CNS

CPF

93091478220

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Argão Emissor

SSP RR

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

Mãe

PEDRA LIRA DE SOUSA

Endereço

RUA - RODOVIA BR 174 - CENTRO - RORAINOPOLIS - RR

Contatos

...

17:00h → 130/80

Class. de Risco

Plano Convenio

SUS - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

N da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

Carate do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedencia

Temp.

Peso

Pressão

Ser

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

JOCILENE RODRIGUES

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintoma Tóxico Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

História de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente refere que teve acidente de moto e sentiu dor no

Exame Físico

Moto, Glasgow 15, abd.

História Diagnóstica

Fratura (exposta)

SADT - Exames Complementares

☒ RAIOS-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☒ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

RODINÓPOLIS

RR

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) AVP 500 mg
2) SF 0,9% 1.000 ml
3) Transfusão (100-5) + SF 0,9% 1.650 ml
4) Antibiótico ceftriaxona 1g
5) Analgésico paracetamol 1g

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta por Pedido

☐ Alta por Revelia

☐ Alta por Indicação para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Ata 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Assinatura do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Oscar E. Rios Quintão
Clínico Geral CRM-RR 1199

04 SET 2019



1900128322



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

05.370.016-90
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAIMÓPOLIS - RR

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

06/01/78

1) Valéria

2) Selma

3) Cíntia

4) Adilson de Azevedo

5) Tereza

6) Maria de Azevedo

7) Maria de Azevedo

Carlos Eduardo de C. Souza
Médico Responsável

hora T. P. R. PA

24 3 9 86 30 144 20

06 36 5 88 90 144 20

Dr. Azevedo
no paciente



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

SETOR:

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

NOME DO PACIENTE:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

02.01.2016 10:00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAIMÓPOLIS - RR

RELATORIO DE ENFERMAGEM
HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

05/01/2016

Dr. [Signature]

Dr. [Signature]

Dr. [Signature]

Dr. [Signature]

Dr. [Signature]

Dr. [Signature]

Dr. [Signature]

Dr. [Signature]

Dr. [Signature]

Dr. [Signature]

Dr. [Signature]

Dr. [Signature]

Dr. [Signature]

Dr. [Signature]

Dr. [Signature]

DATA	H	M	S	PA
02	10	00		
03	10	00		
04	10	00		
05	10	00		
06	10	00		
07	10	00		
08	10	00		
09	10	00		
10	10	00		
11	10	00		
12	10	00		
13	10	00		
14	10	00		
15	10	00		
16	10	00		
17	10	00		
18	10	00		
19	10	00		
20	10	00		
21	10	00		
22	10	00		
23	10	00		
24	10	00		
25	10	00		
26	10	00		
27	10	00		
28	10	00		
29	10	00		
30	10	00		



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

LEITO:

Nº REGISTRO:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

Dr. 174 - Km 458

CEP: 69.370-970

RORAIMÓPOLIS

RR

HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

06/04/2014

Dr. Tadeu

Dr. Sérgio

Dr. Jefferson

Dr. Janyne

Dr. Tereza

Dr. Cláudio

Dr. CTE

Dr. Bete

Dr. Lúcio

Dr. Raul

Dr. Raul

Dr. Raul

Dr. Raul

Dr. Raul

Dr. Raul

14 35,8 71 90 110/60

18 36,7 71 90 110/60

24 35,6 70 90 100/60

06 36,6 71 90 110/60



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

otomara

QUARTO:

LEITO:

12

Nº REGISTRO:

1

NOME DO PACIENTE:

Vandiclei da Silva de Souza

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

Marcelo Zeitone

DATA HORA:

08/09/19

PRESCRIÇÃO:

05.370.01610-9
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RR

RORAIMÓPOLIS

RR

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

1) Bem em vigor

2) Sinal de febre

3) Cefaleia no crânio 12/12/18

4) Bilete 2nd em 6/10/18

5) Transitar 2nd of col. v. o. 12/12/18

6) Bilete 1º em 6/10/18

7) Sinal de febre 6/10/18

8) Bilete 1º em 6/10/18

9) Bilete em 6/10/18. Sinal de febre

10) Bilete em 6/10/18. Sinal de febre

11) Bilete em 6/10/18. Sinal de febre

12) Bilete em 6/10/18. Sinal de febre

Marcelo Zeitone
CRM: 1194 TEO: 0895
RORAIMÓPOLIS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

020601

QUARTO:

LEITO:

12

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

WILZ TEODORO OLIVEIRA DA SILVA

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

MARCELO TEODORO

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO
BR. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAIMÓPOLIS - RR

RELATORIO DE ENFERMAGEM
HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

08/01/15

1) Desca da vida

2) Sal. Heterosíntese

3) Atividade em 6/11/15

4) Atividade em 6/11/15

5) Atividade em 6/11/15

Evolution -

Paciente apresenta a seguinte evolução nos exames realizados -

De 5º de novembro de 2014, com o exame de laboratório foi realizado

exame de sangue. No momento em que o exame foi realizado, a

paciente com febre e dor no abdômen. Com a evolução da

Marcelo Teodoro

CRM: 17.017.000-0



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 21/09/2019

O.S. _____

Urdadei em a São

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fenda 13.000 de 13.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970

RORAINÓPOLIS

CIRURGIÃO: Dr. C. Eduardo

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: Dr. Aldo

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Dr. Aldo

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

Realizado em sala de cirurgia de 13.000 de 13.000
1) Cirurgia de 13.000 de 13.000
2) Cirurgia de 13.000 de 13.000
3) Cirurgia de 13.000 de 13.000



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

05/09/2019

O.S. _____

Vanderlei Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Este do abd + FCC por O

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Superfície e endoscopia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 403
CEP: 69.370-970

CIRURGIÃO:

P.A.C. Edwards

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

ROBINÓPOLIS

RELATÓRIO CIRURGICO

Relato do MMH pelo Dr. Eduardo de M. A.

1) Exame de abdome em MMH

2) Exame de abdome em MMH

3) Superfície por O - exame de desenvolvimento - Pericardio
cap. ant. abd

4) Pericardio p/ plano

5) Vistos e foto da parede MMH

Dr. Eduardo de C. Oliveira
Coordenador de Cirurgia
CRM 15.550



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Vanderlei Lima de Sousa</i>		APT° OU LEITO	N° DO PRONTUÁRIO	DATA <i>04/09/79</i>
CIRURGIA				
TIPO <i>Limpeza Cirurgica</i>		TEMPO DE DURAÇÃO INÍCIO <i>17:10</i> FIM <i>18:15</i> TEMPO TOT		
CIRURGIÃO <i>Dr. Corbex</i>		EQUIPE MÉDICA		
1° AUXILIAR		ANESTESISTA <i>Dr. Claudio</i>		
2° AUXILIAR		INSTRUMENTADOR <i>Dr. Corniba</i>		
3° AUXILIAR		CIRCULANTE <i>Lucete</i>		
TIPO DE ANESTESIA <i>Raqui</i>				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	TEMPO DE DURAÇÃO
01	CATGUT SIMPLES N° <i>Ucril</i>			MEDICAMENTOS
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc
	CATGUT N°			FRASCO SORO
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO		01	XILOCAÍNA <i>Bupivacaina</i> %cc
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO		01	FLAXEDIL
	FIOS DE SEDA N°		02	FLUOTHANE <i>chloridino</i>
06	FIOS DE ALGODÃO N°			PENTRANE
	MONONYLON COM AGULHA			ENTRANE <i>Amp + sub</i>
	MONONYLON SEM AGULHA			ÉTER
03	UNIDADES DE GAZE			ATROPINA
	PARES DE LUVAS N°			PROSTGMINE
	EQUIPOS PARA SORO			THIONEMBUTA
	ROLOS DE ESPARADRAPO			MARCAÍNA
	DRENOS N°			INOVAL
01	SONDAS N°			GLICOSE %
20	AGULHAS			ÁGUA OXIGENADA
01	COMPRESSAS			MERTHIOLATE
	LÂMINAS PARA BISTURI			MERCÚRIO CROMO
				<i>20ml chlorasidine</i>
SOMA			SOMA	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
		SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE				

D



VANDERLEI LIMA SOUSA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
04/09/2019

49492
Masculino

25/10/1988
TR OLIVEIRA ERINALDO

D



VANDERLEI LIMA SOUSA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
04/09/2019

49491
Masculino

25/10/1988
TR OLIVEIRA ERINALDO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1412053336

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1412053336



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
INSTITUTO NACIONAL DE RESENTO
ARTES NA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



R



Nome
VANDERLEI LIMA DE SOUZA

DOC. IDENTIFIC. / DATA EMISSÃO
3176037 SSP RR

CPF
930.918.782-20

DATA DO NASCIMENTO
25/10/1988

RAÇÃO
JOSÉZIN JOSE DE SOUZA

ENDEREÇO
RUA LIMA DE SOUZA

REVALIDADO
NÃO

CAT. 10

RG
05579789150

VALIDADE
03/08/2020

VALIDADE
10/03/2016

Observações

EXA

Vanderlei de Souza

Assinatura do titular

LOCAL
RUA VISTA - MORALIM

DATA DE EMISSÃO
18/03/2017

SS409000000
SS00184922

Assinatura do emitente

RORAIMA



VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980131278

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

NOME
FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR
148994 SSP RR

CPF
606.934.792-72

DATA NASCIMENTO
23/12/1976

RENÇÃO
JOSE PEREIRA DO
NASCIMENTO
JURACY SOUSA DO
NASCIMENTO

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A/B

Nº REGISTRO
01101996953

VALIDADE
14/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
17/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
15/01/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
JUSCELINO KURTSCHEK PEREIRA
DIRETOR PRESELENTE

10964911290
RR207911720

DETRAN-RR (RORAIMA)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013161079891

VIA - COD. RENAVAM 01 0113698079 RATERC. EXERCÍCIO 2019

SHEILA GONCALVES DA SILVA

RR

CPF/CNPJ 010.894.662-26

PLACA MAR1143

FLACA ANT/UF

902KC2210HR007284

CHASSI

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/MAR

ALCO/IBASOL

COMBUSTÍVEL

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 TITAN EX

ANO FAB 2016 ANO MOD 2017

CAP/POT/CIL 21/016/CL

CATEGORIA PARICU

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

VENÇ. COTAS

PARCELAMENTO / COTAS

VENÇ. COTAS

VENÇ. COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

AL. FID. ADIC. DE C.T.S. NACIONAL

HONDA LTD *

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

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

RR Nº 013161079891 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

VIA 01 010.894.662-26 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 16/04/2019

RENAVAM 0113698079 HONDA/CG 160 TITAN EX

ANO FAB 2016

CHASSI 902KC2210HR007284

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

AL. FID. ADIC. DE C.T.S. NACIONAL

HONDA LTD *

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

PROIB. SAIR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472521/19

Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

CPF: 930.914.782-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2019

Títular do CPF: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

VANDERLEI LIRA DE SOUSA : 930.914.782-20

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: 30/12/2019
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724273 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-3-6-8-9-10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724273 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-3-6-8-9-10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472521/19

Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

CPF: 930.914.782-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2019

Titular do CPF: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

VANDERLEI LIRA DE SOUSA : 930.914.782-20

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: 30/12/2019
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724273

Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANDERLEI LIRA DE SOUSA

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

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724273

Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **VANDERLEI LIRA DE SOUSA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **237**

Agência: **000001383-8**

Conta: **000000822046-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

930.914.782-20

4 - Nome completo da vítima:

Vanderlei Lima de Sousa

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

5 - Nome completo:

Vanderlei Lima de Sousa

6 - CPF:

930.914.782-20

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

Rua: 40350, 60-32, lote: 34

11 - Bairro:

Novo Horizonte

12 - Cidade:

Porciúncula

15 - E-mail:

franciscosilveira@hotmail.com

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

09-373-000

16 - Tel. (DDD):

(95) 99131-1149

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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1383

8

CONTA:

082.2046

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai 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, Porciúncula-RP, 30 de novembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE RORAINÓPOLIS
"Seu primeiro instrumento de cidadania"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA:

1432/19

ATENDENTE:

WENDEL FERNANDES SOARES

DATA: 11/09/2019

HORA: 15:08hs

DELEGADO (A) TITULAR:

CID GUIMARÃES DA SILVA

DATA: 04/09/2019

LOCAL: AV. AYRTON SENA EM FRENTE A CAIXA ECONÔMICA FEDERAL RORAINÓPOLIS.

HORA: 16:10hs

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

NOME: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

DATA DE NASCIMENTO: 25/10/1989

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

PAI: JOAQUIM JOSÉ DE SOUSA

GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ENDEREÇO: RUA-ARARA AZUL Nº30, PARQUE AMAZONIA RORAINÓPOLIS.

TELEFONE: 95 99143-4659

REFERÊNCIA

DADOS DA VÍTIMA

RG: 3176037 SSP/RR

CPF: 930.914.782-20

IDADE: 29, ANOS

SEXO: MASCULINO

CIDADE:

MÃE:

PEDRA LIRA DE SOUSA

UF:

CÓDIGO

1001/1003

INFRAÇÃO

TRÂNSITO

DESCRIÇÃO

ACI. TRÂ. LES. COR. DAN. MAT

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que trafegava na Av. Ayrton Sena sentido bairro centro conduzindo uma motocicleta HONDA/CG 160 TITAN EX 2016, RENAVAL-01113698079, Chassis:9C2KC2210HR007284, COR PRETA PLACA NAR-1143 RR, em nome de SHEILA GONÇALVES DA SILVA, relata que estava a sua frente uma motocicleta HONDA/CG 125 CARGO ES 2013, COR BRANCA RENAVAL-0049705400, Chassis:9C2JC4140DR500508, PLACA NUI-3849 RR em nome de DISK GAS E ÁGUA LTDA EPP, conduzida por um indivíduo identificado por JAIZINHO, que puxava uma carrocinha, relata que repentinamente a carrocinha que a motocicleta a sua frente estava puxando se soltou vindo de encontro com a motocicleta do comunicante que não teve como frear a tempo pois estava próximo vindo a colidir na motocicleta causando lesão corporal grave no comunicante resultando na queda, que o comunicante foi socorrido por uma VTR da Policia Civil que passava no momento do sinistro e deu socorro ao mesmo que foi encaminhado ao PSE local para procedimentos médicos. Registrasse para fins de seguro DPVAT.

E o que tem a relatar.

Tabelionato de Notas e Protestos do Estado de Roraima
FTIQUETA NO VERSO →

WENDEL FERNANDES SOARES
AGENTE DE POLÍCIA

Vanderlei Lira de Sousa
VANDERLEI LIRA DE SOUSA
COMUNICANTE

DESPACHO

- () Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ Art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____
Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Policia Civil
Testemunhas: _____
() Comunicante renúncia ao exercício do direito de queixa, conforme assinatura abaixo: _____
_____, Data ____/____/____, Horário: ____:____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denunciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.
O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ UAMS (DESPEJAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do registro do AS:

3 - CPF do vítima:

4 - Nome completo da vítima:

930.914.782-20

Vanderlei Lima de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 495/2012

5 - Nome completo:

Vanderlei Lima de Sousa

6 - CPF:

930.914.782-20

7 - Profissão:

Auto Txi

8 - Endereço:

Rua: 40350, 90-32, Lote: 361

9 - Número:

51116

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Imbuizinho

12 - Cidade:

Paracatu-MG

13 - Estado:

MG

14 - E-mail:

vanilacomunismos@outlook.com

15 - CFP:

69.373-000

16 - Telefone:

(95) 99131-1149

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, a veracidade das informações acima informadas, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 1.000,00
☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00

☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDEVIDUADA

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDEVIDUADA (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assine uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

383

8

CONTA:

082.2046

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o código do banco)

(Informe o código do banco)

(Informe o código do banco)

(Informe o código do banco)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização e reembolso do Seguro DPVAT, e que eu não tenho, reconhecendo a dívida, desde já o pagamento após a elevação em crédito, a cobrança total do valor recebido.

22 - DEB AÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da lei, que não há possibilidade de suspensão do Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento da 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 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 30 (trinta) dias do acidente.

Solicito o preenchimento da análise com o Laudo do Instituto Médico Legal do Seguro DPVAT, por meio de perito nomeado, com base na documentação médica apresentada ao IML, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa a prévia avaliação e com a qual a avaliação médica não anula o direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Outros

24 - Data da última declaração

25 - Gênero (se for casado, assine a esposa)

26 - Vítima deixou comanheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou comanheiro(a), informe o nome completo

28 - Vítima trabalha?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima trabalha, informe o nome

30 - Vítima deixou comanheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima deixou comanheiro(a), informe o nome

32 - Se a vítima trabalha, informe o nome

33 - Se a vítima deixou comanheiro(a), informe o nome

34 - Se a vítima deixou comanheiro(a), informe o nome

Estou declarando que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, entendendo, ainda, de qualquer que conste na declaração não verdadeira, responder a qualquer ação judicial por valor recebido, e de sua responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Assinatura da vítima

36 - Nome e legível de quem assina o pedido (a roça)

37 - CPF legível de quem assina o pedido (a roça)

38 - Assinatura da vítima (se houver)

39 - 1ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Paracatu-MG, 02 de Setembro de 2019

Vanderlei Lima de Sousa

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Intermediário (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01383-8

CONTA: 000000822046-8

Nr. Autenticação

BRDESCO090120200500000000002370138300000082204694500 PAGO



Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Para controle
cópia do infome
este número

SEU CÓDIGO

0146207-5

Nº da Nota Fiscal 003371469

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	16/08/2019	161	143,94

EDINAURA SOUSA DE PAIVA

R. A 0350 QD 32 LOTE 31 NOVO HORIZONTE

CPF: 00000980074320

CEP: 69.373-000 - RORAINÓPOLIS

ROT: 518.069.18.16.025650

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	4328	Atual:	31/07/2019
Anterior:	4167	Anterior:	29/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	30/08/2019
Consumo Medido:	161	Emissão:	30/07/2019
Consumo Faturado:	161	Aprovação:	31/07/2019
NORMAL		32	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	NOVO	100006884		1.1.1.1	135

HISTÓRICO KWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 144	CONSUMO 161 A R\$ 0,764602 = 123,10
MAI/19 115	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 20,84
ABR/19 138	
MAR/19 126	
FEV/19 123	
JAN/19 148	
DEZ/18 148	
NOV/18 150	
OUT/18 168	
SET/18 136	
TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA	
D.F. TEL - 0.534520	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800/019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 30/07/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

7BAD.6446.283A.88B7.0070.D9C8.543E.C293

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Distribuição:	31,63	Base de Cálculo:	123,10
Energia:	67,07	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	20,92
Encargos:	3,48	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	20,92	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

05/2019 0,00

**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: 4005360

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

R. CAPELLA, 882, LT 402

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1040650	MÊS 11/2019	PERÍODO DE CONSUMO 14-OCT-19 a 11-NOV-19
CONSUMO (kWh) 469	VENCIMENTO 01-DEC-19	TOTAL A PAGAR R\$ 955,07

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 1040650	MÊS 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 955,07
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836800000090.550700750007.000000001040.065011190058



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: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECASWEB/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 Francisca Sousa do Nascimento

inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.934.792 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Vanderlei Lima de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 930.914.782 / 20
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade Permanente da Vítima Vanderlei Lima de Sousa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 930.914.782 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

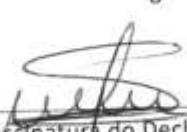
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço:	Rua: Capella, LT: 403	Número:	882	Complemento:	
Bairro:	Cidade Satélite	Cidade:	Boa Vista	Estado:	RR
E-mail:	franciscasnascimento@hotmail.com			CEP:	69.317-492
				Tel.(DDD):	(95) 99131-1149

Local e Data: Boa Vista - RR 17 de dezembro de 2019.


Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Sheila Gonçalves da Silva
RG nº 352850-2, data de expedição 30/10/2006
Órgão Itaituba - PA, portador do CPF nº 010.894.662-26
com domicílio na cidade de Rorainópolis, no Estado de Roraima
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Amador - Campolândia SIN, nº SIN
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Vanderlei Lira de Sousa, cujo o condutor era
Vanderlei Lira de Sousa
Veículo: moto Modelo: Honda / CG 160 Titan 8x Ano: 2016
Placa: NAR JJ43 Chassi: 9C2KC2210HR007284
Data do Acidente: 04/09/19

Local e Data

Rorainópolis 18/09/2019



Sheila Gonçalves da Silva

Assinatura do Declarante

Vanderlei Lira de Sousa

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO

taborainapolis@gmail.com 55 96 3238 2068
Av. Dr. Rivaldo, s/n | Centro | Rorainópolis | RR | Cep. 69.272-000

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de: (1) VANDERLEI LIRA DE SOUSA, (2) SHEILA GONÇALVES DA SILVA
Rorainópolis, 18 de setembro de 2019. Emolumentos: R\$ 6,20 +
taxa R\$ 0,00 - Total: R\$ 6,20

KOSILENE GOMES DE LIMA - Escrevente Autorizada

- VALOR SOMENTE SEM EMENDAS OU RASURAS -