

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

1540634700

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1540634700

PROIBIDO PLASTIFICAR

1540634700

RORAIMA

RENIVALDO RIBEIRO SILVA

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSORAS)
207697 SSP-RS

CPF
710.734.342-49

DATA NASCIMENTO
24/12/1978

FILIAÇÃO
JOSE PAULO SILVA
GESSY RIBEIRO SILVA

PERMISSÃO
ACQ
CAT. HAB.
AB

VALIDADE
03/10/2022

RENOVAÇÃO
10/08/2002

02483968121

OBSERVAÇÕES

Renivaldo Ribeiro Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
04/10/2017

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR

22565804386
RR209403977

ASSINATURA DO EMISSOR

22 OUT. 2019

22 OUT. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RORAIMA



Polegar Direito





CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

114807

28/08/2017

ILOIR INACIO DE SOUZA

ALCA

JOSÉ SOUZA DE ASSUNÇÃO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

IDENTIFICADORA

CATANDUVAS - PR

07/04/1978

CERTD CAS AVERB DIVORCIO 576 FLS 276 LIV B-02

SÃO LUIZ - RR

383.051.512-04

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

Polícia Federal

Identificação de RORAIMA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Renivaldo Ribeiro Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	207697 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Gen. Bento Gonçalves - N.º 2069 - Operário

OUTORGADO

NOME:	Glair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Buritis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 05 / 04 / 19, cobertura Invalidez, vítima: Renivaldo Ribeiro Silva

Boa Vista - RR, 30 de Setembro 2019

LOCAL E DATA



Renivaldo Ribeiro Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

22 OUT. 2019



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368811/19

Vítima: RONIVALDO RIBEIRO SILVA

CPF: 710.734.342-49

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: RONIVALDO RIBEIRO SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

RONIVALDO RIBEIRO SILVA : 710.734.342-49

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: 22/10/2019
Nome: RONIVALDO RIBEIRO SILVA
CPF: 710.734.342-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

RONIVALDO RIBEIRO SILVA

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190598194 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONIVALDO RIBEIRO SILVA **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DO 1º DEDO DA MÃO DIREITA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.
P 2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P 2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190598194

Vítima: RONIVALDO RIBEIRO SILVA

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONIVALDO RIBEIRO 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, 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, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190598194

Vítima: RONIVALDO RIBEIRO SILVA

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RONIVALDO RIBEIRO SILVA

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

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 05/04/2019, emitido pelo Dr. MARCOS AGUIAR CRM nº 1995 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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: 4 - Nome completo da vítima:
710.734.342-49 Ronivaldo Ribeiro 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: Ronivaldo Ribeiro Silva 6 - CPF: 710.734.342-49
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Av. Gen. Bento Gonçalves 9 - Número: 2068 10 - Complemento:
11 - Bairro: Operários 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-390
15 - E-mail: ILDIRRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (95) 98403-5060

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3027 CONTA: 55394 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 03 de outubro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
x Ronivaldo Ribeiro Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033085/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/10/2019 09:08 Data/Hora Fim: 01/10/2019 09:28
Origem: Polícia Judiciária Data: 01/10/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 05/04/2019 07:15

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Nazaré Figueiras
Complemento: Cruzamento com a antiga Rua S-28
Ponto de Referência: Comercial RM
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Senador Hélio

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: Praticar lesão corporal culposa - Aumento de Pena (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RONIVALDO RIBEIRO SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Vitorino Freire Sexo: Masculino Nasc: 24/12/1978
Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Gessy Ribeiro Silva Nome do Pai: Jose Paulo Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 710.734.342-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Av.: Gal. Bento Gonçalves
Complemento: Casa
Bairro: Operário
Telefone: (95) 99134-6395 (Celular)

Nº: 2069 22 OUT. 2019

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

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 758.937.542-04	Placa NUI-9218
Renavam 01063326017	Número do Motor JC48E3F087679
Número do Chassi 9C2JC4830FR087679	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033085/2019

Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/BIZ 125 EX
Modelo	HONDA/BIZ 125 EX	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Ronivaldo Ribeiro Silva		Possuidor	
Grupo Veículo		Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Meio Empregado		
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Desconhecido 1		Proprietário, Possuidor	

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 02483968121), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo a motocicleta também devidamente descrita acima e que está em nome ANNE CAROLINE DE ARAUJO FONTELLES, onde outra motocicleta invadiu sua preferencial, ocasionando o toque de ambas e consequentemente sua queda. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido pelo SAMU até o HGR. Que não sabe informar a placa da motocicleta ocasionadora, pois a mesma evadiu-se. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat 442000908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

01 OUT. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDO

Ronivaldo Ribeiro Silva
Ronivaldo Ribeiro Silva
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

22 OUT. 2019

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: 4 - Nome completo da vítima:
710.734.342-49 Ronivaldo Ribeiro 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: Ronivaldo Ribeiro Silva 6 - CPF: 710.734.342-49
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Av. Gen. Bento Gonçalves 9 - Número: 2069 10 - Complemento:
11 - Bairro: Operários 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-390
15 - E-mail: ILQIRRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (95) 98403-5060

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3027 CONTA: 55394 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (ou nascos)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 03 de outubro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
x Ronivaldo Ribeiro Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série E-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 003539251

A Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430 de 25 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	11/09/2019	133	233,33

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021730

DADOS DA LEITURA	KWh	KVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	54144		27/08/2019
Anterior:	54011		25/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		26/09/2019
Consumo Medido:	133		26/08/2019
Consumo Faturado:	133	FCAM	27/08/2019

NORMAL

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	BT	2207345	N 1519404	1.1.1.2	211

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
19/19 13	CONSUMO 133 A R\$ 0,772737 = 102,77
10/19 206	DESC. S/MULTA PARCELAM. 6/7 0,91-
01/19 168	DESC. S/JUROS PARCELAM. 6/7 1,49-
ABR/19 269	CORR MONETARIA TCD (IG) 6/7 3,82
MAR/19 279	PARCELAMENTO DE DÉBITO 6/7 87,09
FEV/19 203	ILUMINACAO PUBLICA 42,05
JAN/19 187	
DEZ/18 181	
NOV/18 258	
OUT/18 262	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 133 - 0,534620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 07/2019 Valor R\$: 252,31

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/09/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na CERACH. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 560,95 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 4557.A4A1.BAA2.0893.93AF.DE2C.6117.FAD4

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	26,14	Base de Cálculo:	102,77
Energia:	55,40	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	17,47
Encargos:	2,87	Valor do PIS:	0,15
Tributos:	18,36	Valor do COFINS:	0,74

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
1,08 5,00 0,31

FLORESTA

06/2019 67,58

ROT: 5.001.12.04.021730



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0109029-1

TOTAL A PAGAR - R\$
233,33

MÊS FATURADO
08/2019

VENCIMENTO
11/09/2019

003539251 FCAM

83690000002 4 33330075000 2 000000000109 9 02910819008 2



SEQ.: 00071 UC: 0109029-1 DT. LEIT.: 27/08/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 54144 NORMAL TOTAL: 233,33 CARGA: 008
DT. VENC.: 11/09/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

22 OUT. 2019

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/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 Floir Francisco de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383 051 512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ronivaldo Ribeiro Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.734.342/49

do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Ronivaldo Ribeiro Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.734.342 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

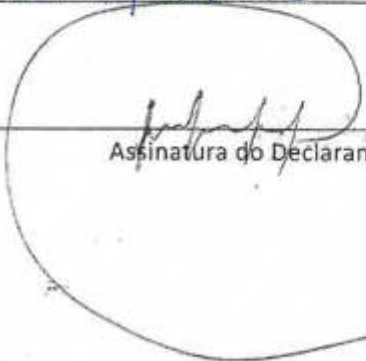
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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: Antonio Pinheiro Galsão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buets</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309.209</u>
E-mail: <u>floir@hotmail.com</u>	Tel.(DDD): <u>(95)99154-4282</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR, 22/10/19


Assinatura do Declarante

05/04/2019

Guia de Atendimento 17

Visto UVE Kalu

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306

1ª Classificação
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

DIURNO 07-19 4

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: **RONIVALDO RIBEIRO SILVA**
Data Nascimento: **24/12/1978** Idade: **40 A 3 M 12 D**
Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO** Raça/Cor: **APARDA**
Tipo Doc: **Documento** Orgão Emissor: **Data Emissão** Profissão: **NI**
CNS: **706800223904623** CPF: **71073434249**
Naturalidade: **BOA VISTA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Contato: **(95) 99167-7261** Ocupação:
Mão: **NI**
Endereço: **AVENIDA - GENERAL BENTO GONCALVES - 2069 - OPERARIO - BOA VISTA - RR**
Class. do Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: Validade:
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: Procedência:
Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: Autorização: Sis Prenatal:
Queixa Principal: **22 OUT. 2019** Registrado por: **MICHELE.CAVALCANTE**
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: **15**

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) **08:30h** Paciente trazido pelo SAMU, deambulando livremente, vítima de queda de motocicleta, usava capacete, meias sinopse, ferese ou tontura. Queixa de dor em ombro **(1)**,
Exame Físico **(1)** Valsalva do cervical. **(2)** Empunhação **(3)** **AR: MVF, XRA: Sol.**
(4) Pulso cheio. FC: 80 bpm. **(5)** **(6)** **(7)** **(8)** **(9)** **(10)** **(11)** **(12)** **(13)** **(14)** **(15)** **(16)** **(17)** **(18)** **(19)** **(20)** **(21)** **(22)** **(23)** **(24)** **(25)** **(26)** **(27)** **(28)** **(29)** **(30)** **(31)** **(32)** **(33)** **(34)** **(35)** **(36)** **(37)** **(38)** **(39)** **(40)** **(41)** **(42)** **(43)** **(44)** **(45)** **(46)** **(47)** **(48)** **(49)** **(50)** **(51)** **(52)** **(53)** **(54)** **(55)** **(56)** **(57)** **(58)** **(59)** **(60)** **(61)** **(62)** **(63)** **(64)** **(65)** **(66)** **(67)** **(68)** **(69)** **(70)** **(71)** **(72)** **(73)** **(74)** **(75)** **(76)** **(77)** **(78)** **(79)** **(80)** **(81)** **(82)** **(83)** **(84)** **(85)** **(86)** **(87)** **(88)** **(89)** **(90)** **(91)** **(92)** **(93)** **(94)** **(95)** **(96)** **(97)** **(98)** **(99)** **(100)**

Hipótese Diagnóstica

T07

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

(1) Difenidramina 50mg
(2) Paracetamol 400mg
(3) 1x 1000mg



Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para: **ORTOPEDIA**

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura e Assinatura do Médico

Impresso por: **michele.cavalcante**
Data Hora: **05/04/2019 08:20:47**

1-2019
401-101 - Sistema de Informação
Código: 101-101
Versão: 1.0-101



Port Dr Brum F

Port victim of accident of Transit.

- Rt. Wound A+ injury 1° Q00 ①

- CF. Injuries none

- S. Wound + skin graft + receipt (A+)

- Return in 60 C/ weeks

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995



22 OUT. 2019



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

0632



EQUIPE SAMU BV

UNIDADE

BRAVO III

EQUIPE:

Júnior; Luiz; Odeteis

Paciente: RONIVALDO RIBEIRO SILVA Idade: 40 Sexo: MASC.

Nacionalidade: BRASILEIRO Raça: Branca [] Negra [] Parda [X] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço: Av. TEREZA MAGALHÃES BRASIL Bairro SENADOR HELIO CAMPOS

Nº 5404 DATA 05/04/19

HORA J/9: 7:24

BASE [X] VIA ()

() RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dra. ELIZA

HORA J/10: 7:34

[X] CELULAR

MOTIVO INICIAL

TRAUMA (MOTO X MOTO)

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X)

1 a 3 horas ()

4 a 24 horas ()

Mais de 24 horas ()

Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒ Acidente de trânsito
☐ Agressão física / espancamento
☐ Agressão física - FAF
☐ Agressão física - FCB

- ☐ Urgência psiquiátrica
☐ Tentativa de suicídio
☐ Envenenamento
☐ Afogamento

- ☐ Queimadura
☐ Choque elétrico
☐ Queda
☐ Urgência clínica

- ☐ Urgência obstétrica
☐ Transferência
☐ Exame complementar
☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA

- ☐ Pedestre
☒ Condutor
☐ Passageiro
☐ Ignorado

MEIO DE LOCOMOÇÃO

- ☐ A pé
☐ Automóvel
☒ Motocicleta
☐ Bicicleta
☐ Ônibus
☐ Micro-ônibus
☐ Outro

OUTRA PARTE ENVOLVIDA

- ☐ Automóvel
☒ Motocicleta
☐ Ônibus
☐ Micro-ônibus
☐ Bicicleta
☐ Animal
☐ Outro

ITENS DE SEGURANÇA

- ☐ Capacete
☐ Cinto de segurança
☐ Airbag
☐ Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS

- ☒ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Obstrução Total
☐ Corpo estranho
☐ Outro: _____

VENTILAÇÃO

- ☐ Apnéia
☐ Dispnéia
☐ Bradpnéia
☐ Taquipnéia
 S/A

CIRCULAÇÃO

- ☐ Bradicárdico
☐ Taquicárdico
☐ Enchimento capilar acima de 2"
☐ Pulso radial ausente
☐ Pulso central ausente
☐ Cianose central
☐ Extremidade
 S/A

AVAL. NEUROLÓGICA

- ☐ Miose
☐ Midriase
☐ Anisocoria
☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ Agitação psicomotora
 S/A

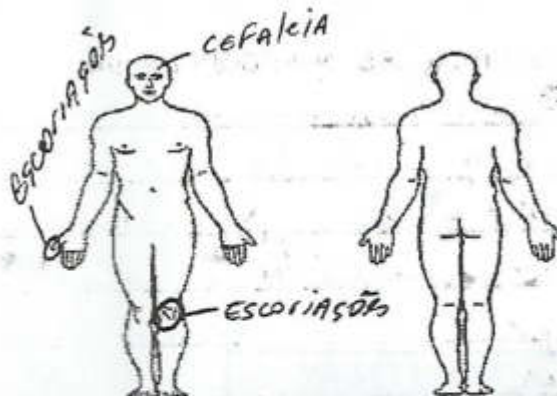
SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 7:43	90 x 60	61	20	98%	—	—	—	—
Fin								

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA

- 1 - Dor
 2 - Hematoma
 3 - Contusão
 4 - Escoriação
 5 - Laceração
 6 - Luxação
 7 - Fratura fechada
 8 - Fratura exposta
 9 - Amputação
 10 - Evisceração
 11 - Afundamento de crânio
 12 - Ferimento penetrante
 13 - Tórax instável
 14 - Enfisema subcutâneo
 15 - Ferida aspirativa
 16 - Empalamento
 17 - Outros



ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
 3 - Ao comando
 2 - À dor
 1 - Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
 4 - Confuso
 3 - Palavras inapropriadas
 2 - Palavras incompreensíveis
 1 - Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
 5 - Localiza a dor
 4 - Movimento de retirada
 3 - Flexão anormal
 2 - Extensão anormal
 1 - Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

- ☐ Ritmo Sinusal
☐ Taquicardia Sinusal
☐ Flutter Atrial
☒ Fibrilação atrial
☐ FV
☐ TV
☐ AESP
☐ Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

- ☐ Neurológica
☐ Respiratória
☐ Cardiovascular
☐ Digestiva
☐ Metabólica
☐ Infecçiosa

HISTÓRIA PEGRESSA

- ☐ Diabetes
☐ Cardiopatia
☐ HAS
☐ Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA

[] Ileso

[X] Pequena

[] Média

[] Severa

22 OUT. 2019

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Luiz Fernando Junges
Cirurgião Geral
CRM 1553

- ☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Hospitalização

ELOS

- ☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal

- ☐ Bombeiro
☐ Outros:

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

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

22 OUT. 2019

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

Vítima de trauma moto x moto, condutor moto, vítima encontrada deitado no G.T.H. Boa resposta verbal e motora, nega dor, escoriações em M.I.E. no deslocamento, vítima refere cefaleia e calafria, vítima conduzida ao G.T. C.O.B.

MATERIAL:

6 Luvas B.
2 Pacote GASES.

