



CNPJ: 05.920.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.095.425-3
RUA MELVIN JONES, 215 - SÃO PEDRO - CEP. 85.300-410

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

Matrícula: **1317466**

Outubro/2019

Dados do Cliente:

FRANCISCO BEZERRA DA SILVA

Endereço para entrega:

AV GENERAL ATAÍDE TEIVE, 82748 - 02 - L1
BERDADE BOA VISTA RR 69389-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.011.045.0074.001	9	5728	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
A18C020564	11/11/2018	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)
LEITURA FAT. 62		64	2
LEITURA INF.			29
DT. LEITURA 17/09/2019		16/10/2019	

ULTIMOS CONSUMOS

201909 2-0
201908 3-0
201907 2-0
201906 4-0
201905 2-0
201904 2-0

MEDIA 2

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5468 / 2005 G.M.					
ANÁLISE	CLORO	TURBID. (NTU)	ODC	C.TOTAL (mg/L)	E.COLL.
EDUTIDADE	199	199	199	199	199
AVULSIDADE	199	199	199	199	199
CONFORMES	199	199	199	199	199

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	50,10
ESGOTO	80,0 % DO VALOR DE ÁGUA	40,08
TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 10/2019		12,68
TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO PARCELA 01/01		6,34
TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO PARCELA 01/01		6,34
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019		1,89

PREVENIR E A MELHOR FORMA DE SE CUIDAR!
"OUTUBRO ROSA"



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1317466	10/2019	15/11/2019	117,43

82660000001- 0 17430004001- 4 00131746601- 7 10201970003- 2



IMPRESSO EM: 16/10/2019 11:07:04

11/10/2019

11/10/2019

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 COAF¹.

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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Denilze Corriêa Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152, 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Lúcia Fernandes Borges Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.355.752, 68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Lúcia Fernandes Borges Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.355.752, 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Av. General Otávia Teive</u>	Número: <u>2448</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Labadade</u>	Cidade: <u>boa vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>lucibcaavista.pendencias@bolmail.com</u>	CEP: <u>69.309-000</u>	Tel (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data: boa vista-RR 06 de Novembro 2019

Denilze Corriêa Dantas

Assinatura do Declarante

GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro nº _____

Numero da Guia: _____

Data do Atendimento: 08/08 /2019

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

() VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL

Nome: Lucia Fernandes Borges Lima Hora: 10:00
End.: Rua: 53 Idade: 59 a

Nº 42 Bairro Sen. Helio Campos Cidade: Boa Vista
D.N.: 20/12/1959 Sexo: fem. Naturalidade: Santa Luzia - MA

CPF: 446.355.752-68 RG: _____ /Órgão: _____

Mãe: Gonçala Fernandes Borges

ai: N.C

NS: 700.0011.9624.1109 Telefone: () _____

Estado Civil: _____ Conjuge: _____

110 x 70	FR: _____	SPO2: _____
	DX: _____	TAX: _____

84.013.440/0001-73
Hospital Est. Vereador José Guedes Catão
Rua Marlene Araújo S/N
CEP 69.340-000
Mucuri RR

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL

PRESCRIÇÃO DO MÉDICO

Ude DR de modo M. 1 hora.

R: FRACTURA CABEÇA DE UMBIGO ESQ.

CD: DO HGR.

- SF09/

Dr. Rafael de Freitas
CRM 22.2020

OBSERVAÇÕES

Responsável pelo paciente/camada

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

Wider
VV
TC

1901145816	08/08/2019 11:34:12	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		18
Paciente		Data Nascimento		Idade		ONS		CPF
LUCIA FERNANDES BORGES LIMA		20/12/1959		59 A 7 M 19 D		700001190241109		
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo
IDENTIDADE		58804		SSP/RR				F
Mão		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade
CONCALA FERNANDES BORGES				PARDA		SANTA LUZIA - MA		BRASILEIRA
Endereço		Pai		Contato				Ocupação
RUA - RUA MARIANA PEREIRA - 382 - - - RR		NI		(95) 99173-1005				NÃO INFORMADA
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								Sid Prenatal
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA						Pressão
Sócio		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA						EDVAN NASCIMENTO
Causa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeito de Dengue				

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h)

GSC
AOL 1234 RV 12345 - MHV 123456

TOTAL

Paciente refere trauma contuso no antebraço @
Acaba por cair, sem mais detalhes.
Exame Físico
Boa oriva de corvulo e pulso sem alterações.

Hipótese Diagnóstica

Fratura de rádio proximal.

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Risco

☒ 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

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR



A

LATA 13.08.19

BLOCO A



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

3 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Luiz Fernando Borges Lima

6 - Nº DO PROCTUÁRIO

174522

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 0 0 0 1 1 9 6 2 4 1 1 0 9

8 - DATA DE NASCIMENTO

20 / 12 / 59

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Gonçalo Fernandes Borges

11 - TELEFONE DE CONTATO

95 99 1 73 1005

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Mariana Pereira 382

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CID, BREVETAMENTO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pain no fêmur de umera proximal

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO Uniquia

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

EF + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Estado de umera proximal

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CASAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Paulo

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

08/08/19

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

Dr. Paulo Di...
Ortopedista
CRM 604

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ EMPRESA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - CID, ORGÃO EMISSOR

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DOCUMENTO

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

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0308010019
5422 T068
U490

BLOCC



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

174522

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/12/59

9 - SEXO

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

915991731005

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Américo Junqueira 42 Senador Helio Lopes

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com frx de umero
prox. D.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO unguento

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

Anamnese + RX + EX. Físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Frx umero prox. D.

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 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

() CPF

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

040820334

5422

W499



BOLETIM OPERÁRIO

Lucia Fernando
Borges

Data: 10.09.19

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fx Unco proximal (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

HO Unco

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Bruno F. Santos

2º AUXILIAR:

Mar B R 3

3º AUXILIAR:

Mar A R 3

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 - Lavagem em DDH sob anestesia
- 2 - AMP 500 + Antibiótico + colocação de campo estéril
- 3 - incisão Deltoide quadrat. anter., sobre por plan. at. o for. do frato, exposição do nervo no sulco do hum., ressecção cruent, plano PH 405 3 for (5 pontos bloqueio, 2 pontos cat), control náusea
- 4 - LMC + suture + Urdper
- 5 - Dm

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1098



NOME: Lucia Fernandes Lima SEXO: F IDADE: 59 ANOS
Localidade: GT Data de nascimento:
DATA DO EXAME: 08-08-19
MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Augusto

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BRAÇO DIREITO

Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em aparelho multidetector.

Relatório

- Fratura cominutiva e impactada do colo umeral.

Boa Vista,
Data do relatório: 08/08/2019

Dr. JULIANO MEDEIROS LIMA
CRM - 743 /RR RQE 443

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Lúcia Fernandes Borges Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 68804 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/07/2018

RENOME

LÚCIA FERNANDES BORGES LIMA

FILIAÇÃO

GOINICAL FERNANDES BORGES
NATURALIDADE
SANTA LUZIA - MA
DOC. ORIGEM
CERTID. CAS 712 FLS 234 LIV 03
MOMÇÃO - MA

446.355.752-68
2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Federal do Brasil

DATA DE NASCIMENTO
20/12/1959

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

PROIBIDO PLASTIFICAR

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

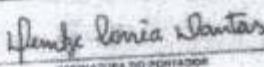
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
446.355.752-68

Nome
LUCIA FERNANDES BORGES LIMA

Nascimento
20/12/1959

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
	NOME DENILEE CORREA DANTAS		
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA 3142655 SSP RJ		
	CPF 792.657.152-00	DATA NASCIMENTO 09/03/1979	
	FILIAÇÃO JOSE DE SOUZA CORREA EVANGELINA LOBATO DA SILVA		
	PERMISSÃO 	ACC 	CAT. HAB. 3
Nº REGISTRO 04253412311		VALIDADE 20/09/2019	EMISSÃO 31/05/2010
OBSERVAÇÕES 			
 ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA		DATA DE EMISSÃO 25/08/2014	
 DENILEE CORREA DANTAS Diretor - Presidente DETRAN RR		59564648026 RR207683212	
DETRAN-RR (RORAIMA)			

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013254918354

VA 01 01085252121
COR. RENAVAM
R.N.T.R.C.
EXERCÍCIO 2019

ENDQUE SOUSA LIMA

NOME

RR

CPF / CNPJ

144.462.862-34

PLACA

NDP5954

PLACA ANT / UF

902JD2320F R205381

CHASSI

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLET/MOT/APLIC.

COMBUSTÍVEL

GRSOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/NXR125 BROS ES

ANO FAB

2015

ANO MOD

2015

CAP / POT / CL

2P/0124CC/

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

PRETA

DOTA UNICA

1 P *****

VENO / COTAS

1º *PAGO*

2 V *****

PARCELAMENTO / COTAS

2º *PAGO*

3 A *****

PARCELAMENTO / COTAS

3º *PAGO*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

R\$0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$84.58

DATA DE PAGAMENTO

25/04/2019

SEGURO

R\$0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$84.58

DATA DE PAGAMENTO

25/04/2019

AL.FID. BANCO HONDA

PRODIP SAIR DA

AMAZ. OCID

PREVENÇA

LOCAL PRESIDENTE INTERINO

DETRAN-RR

DATA

21/05/2019

DETRAN-RR

DATA

21/05/2019

DETRAN-RR

DATA

21/05/2019

DETRAN-RR

DATA

21/05/2019

DETRAN-RR

DATA

21/05/2019

DETRAN-RR

DATA

21/05/2019

DETRAN-RR

DATA

21/05/2019

DETRAN-RR

DATA

21/05/2019

DETRAN-RR

DATA

21/05/2019

DETRAN-RR

DATA

21/05/2019

DETRAN-RR

DATA

21/05/2019

DETRAN-RR

DATA

21/05/2019

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

RR Nº 013254918354 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
144.462.862-34
PARCELAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

VA

01

144.462.862-34

CPF / CNPJ

144.462.862-34

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

RENAVAM

01085252121

MARCA / MODELO

HONDA/NXR125 BROS ES

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

ANO FAB

2015

CUL DET

902JD2320F R205381

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$36.05

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

21/05/2019

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$4.01

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190638071 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIA FERNANDES BORGES LIMA **Data do acidente:** 08/08/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3,6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190638071 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIA FERNANDES BORGES LIMA **Data do acidente:** 08/08/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3,6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Lucia Fernandes Borges Lima
NACIONALIDADE: brasileira ESTADO CIVIL: CASADA
PROFISSÃO: do lar RG: 68804 CPF: 446.355.752 - 68
ENDEREÇO: Rua Carmelinda Freng 42 Senador H. Campos
VÍTIMA: Lucia Fernandes Borges Lima
CPF: 446.355.752 - 68 DATA DO ACIDENTE: 08 / 08 / 2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora 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.

Boa Vista RR, 29 de outubro de 2019.



X Lucia Fernandes Borges Lima
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399872/19

Vítima: LUCIA FERNANDES BORGES LIMA

CPF: 446.355.752-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2019

Titular do CPF: LUCIA FERNANDES BORGES LIMA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

LUCIA FERNANDES BORGES LIMA : 446.355.752-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: LUCIA FERNANDES BORGES LIMA
CPF: 446.355.752-68

LUCIA FERNANDES BORGES LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190638071

Vítima: LUCIA FERNANDES BORGES LIMA

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIA FERNANDES BORGES LIMA

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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190638071

Vítima: LUCIA FERNANDES BORGES LIMA

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIA FERNANDES BORGES LIMA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **LUCIA FERNANDES BORGES LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000003993-4**

Conta: **000010012542-5**

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



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: 446.355.752.68 4 - Nome completo da vítima: Búcia Fernandes Borges Lima

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

5 - Nome completo: Búcia Fernandes Borges Lima 6 - CPF: 446.355.752.68
7 - Profissão: do lar 8 - Endereço: Rua Carmelita Jeng 9 - Número: 42 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Somador H. Campos 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316.600
15 - E-mail: liderboavista.pendencia@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99117.5392

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3993 4 CONTA: 12542 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (var nascido)? ☐ 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 06 Novembro 2019

Búcia Fernandes Borges Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE HOMICÍDIOS - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024876/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/10/2019 09:56 Data/Hora Fim: 29/10/2019 10:26

Delegado de Polícia: Miriam Di Manso

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Geral de Homicídios

Data/Hora do Fato: 08/08/2019 08:00

Local do Fato

Município: Mucajaí (RR)

Logradouro: Vicinal 03

Complemento: Vicinal que dá acesso à Vila do Roxinho

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1135: MORTE A ESCLARECER SEM INDÍCIO DE CRIME	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCINEIDE FERNANDES LIMA BORGES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Rorainópolis Sexo: Feminino Nasc: 11/11/1982

Profissão: Enfermeiro Responsável Técnico

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: LUCIA FERNANDES DE LIMA

Nome do Pai: ENOQUE SOUSA LIMA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 762.297.182-00

RG - Carteira de Identidade: 237432

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA VIII

Nº: 26

Complemento: CASA

Bairro: CENTENARIO

CEP: 69.312-626

Telefone: (95) 99118-5133 (Celular)

Nome Civil: ENOQUE SOUSA LIMA (ENVOLVIDO, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Santa Luzia Sexo: Masculino Nasc: 02/02/1957

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria do Carmo Sousa Lima

Nome do Pai: Manoel Pereira Lima

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 144.462.862-34

RG - Carteira de Identidade: 49186

Endereço

Município: Iracema - RR

Logradouro: vicinal 03 roxinho



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE HOMICÍDIOS - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 024876/2019-A02

Telefone: (95) 99118-5133 (Recado)

Nome Civil: LÚCIA FERNANDES BORGES LIMA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Santa Luzia

Sexo: Feminino

Nasc: 20/12/1959

Profissão: Do Lar

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Viúvo(a)

Nome da Mãe: Gonçalves Fernandes Borges

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 446.355.752-68

RG - Carteira de Identidade: 68804

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Carmelita Ireg (Antiga S-31)

Nº: 42

Complemento: Casa

Bairro: Senador Hélio Campos

Telefone: (95) 99173-1005 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 144.462.862-34

Placa NAP-5954

Renavam 01085252121

Número do Motor JD23E2F205381

Número do Chassi 9C2JD2320FR205381

Ano/Modelo Fabricação 2015/2015

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Iracema

Marca/Modelo HONDA/NXR125 BROS ES

Modelo HONDA/NXR125 BROS ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Enoque Sousa Lima

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu a esta central para relatar o seguinte fato: Que seu pai Enoque Sousa Lima, deu entrada no HGR no dia 08/08/2019 por ter sofrido um AVC; Que hoje por volta das 01h: 30min, seu pai veio a óbito na unidade de tratamento intensivo UTI do HGR. Era o quer tinha a relatar.

A COMUNICANTE/VÍTIMA SENHORA LÚCIA FERNANDES COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ACRESCENTAR/ADITAR NESSE BOLETIM DE Ocorrência, O SEGUINTE: QUE TRAFEGAVA COMO PASSAGEIRA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA NAP-5954, QUE ERA CONDUZIDA/PILOTADA POR SEU ESPOSO ENOQUE E PROPRIETÁRIO DA MESMA; QUE O SENHOR ENOQUE SOFREU UM AVC QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA, VINDO A PERDER O CONTROLE E CONSEQUENTEMENTE À QUEDA DE AMBOS; QUE DO LOCAL DO FATO FORAM SOCORRIDOS POR POPULARES QUE PASSARAM PELO LOCAL, SENDO TRANSFERIDOS POSTERIORMENTE PARA UMA AMBULÂNCIA DO SAMU, QUE JÁ IA RESGATÁ-LOS; QUE AMBOS EM DECORRÊNCIA DA QUEDA SOFRERAM LESÕES CORPORAIS, SENDO QUE O SENHOR ENOQUE FALECEU DIAS DEPOIS (11.08.2019), NO HGR EM DECORRÊNCIA DO AVC SOFRIDO. QUE ESSE ADITAMENTO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT, É O ACRÉSCIMO/ADITAMENTO.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE HOMICÍDIOS - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024876/2019-A02

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat 042000908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matricula 42000908
Responsável pelo Atendimento

29 OUT. 2019

Lúcia Fernandes Borges Lima
(Envolvido / Comunicante / Vítima)

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

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: 446.355.752.68 4 - Nome completo da vítima: Búcia Fernandes Borges Lima

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

5 - Nome completo: Búcia Fernandes Borges Lima 6 - CPF: 446.355.752.68
7 - Profissão: do lar 8 - Endereço: Rua Carmelita Jeng 9 - Número: 42 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Senador H. Campos 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316.600
15 - E-mail: liderbooniste.pendencia@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99117.5392

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3993 4 CONTA: 12542 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (var nascit)? ☐ 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 06 Novembro 2019

Búcia Fernandes Borges Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIA FERNANDES BORGES LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03993-4

CONTA: 000010012542-5

Nr. da Autenticação 4C49CAC909F17A09

**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: 3834673

LUCIA FERNANDES BORGES LIMA

R. CARMELITA IRENG, 42 ,

SENADOR HELIO CAMPOS 69316600 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1121138	10/2019	12-SEP-19 a 15-OCT-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
172	01-NOV-19	R\$ 156,79

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	MÊS	TOTAL A PAGAR
1121138	10/2019	R\$ 156,79

836900000016.567900750009.000000001123.113810190059

