



Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Lourdes Viana 100 - Centro - Rio Brilhante - RO - CEP 69.317-000
CNPJ: 00.000.000/0001-00
Site: www.eletrobras.com.br
Preencher esse número no seu aparelho móvel para atender ao SAC.

Para contatar com a
Eletrobras, informe
esse número

SEU CÓDIGO

0108714-2

8009626361

ABRIL/2018

06/05/2018

727

425,87

FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA
R. CRATO NESTRE CLAUDIO E ARAUJO 694-EQUATORIAL
CPF: 000955335618200
CEP: 69.317-372 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.07.055.100

Consumo	Valor	Data	Consumo	Valor	Data
22415			28/04/2018		
21688			21/03/2018		
Momento da Multiplicação	1.000		Momento da Multiplicação	22/03/2018	
Correção Mult.	727		Correção Mult.	19/04/2018	
Desconto Fazenda	727	FCAM	Desconto Fazenda	26/04/2018	

NORMAL

30

Código de Endereçamento	Ligação	Momento da Multiplicação	Prévia	Correção Mult.	Mult. da Correção
RÉSIDENCIAL	BS	1400006251	1.1.1.1.2	459	

Mês/Año	Valor	Consumo	Valor	Mês/Año	Valor
MAR/18	668	CONSUMO	727 A R\$ 0,555813 -	MAR/18	406,25
FEV/18	676	ILUMINAÇÃO PÚBLICA			18,81
JAN/18	621				
DEZ/17	717				
NOV/17	716				
OUT/17	784				
SET/17	695				
AGO/17	679				
JUL/17	520				
JUN/17	610				
MAR/16 DESPESAS:					
1 A 107 - 0,426778					

Mês/Año Valor R\$ 03/2018 437,34 Itálida operadora submeta à previsão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/05/2018, no fundo das contas renegociadas nessa fatura, o uso desse mesmo período anterior tanto a inclusão de reais de consumo em 2018. Informado ainda que o valor 2018 é menor que o resultado da revisão e, no caso de 01/05/2018, maior que o histórico. A data tem sido avaliada. O resultado final deve ser confirmado na revisão.

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

RESERVADO/FISCO 13AB.0000.0021.3802.7084.8940.0048.4481

Consumo	Valor	Consumo	Valor
124,34			
199,24	406,25		
0,00	17,88%		
8,30	69,06		
74,17	0,89		
	4,22		

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

02/2018 0,00

0108714-2

425,87

MÊS FATURADO

04/2018

06/05/2018

836100000004 3 25070075000 4 00000000100 1 71420410000 3



SEQ.: 00131 UC 0108714-2 DT.LEIT.: 28/04/2018 T.ENTR.: 01

LEITURA: 22415 NORMAL TOTAL: 425,87 CARCA: 022

DT.VENC.: 06/05/2018 INREG.: 000 COLETO: 1000

06 JUL. 2018



Para consulta com o
Eletrobras, informe
o seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

0108917-0

000641369

ABRIL/2018 11/05/2018 514 493,77

ELIOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO S CALVAO 1831 4 BURITIS
CPF: 00038395151204
CEP: 69.329-209 - BOA VISTA

NOT: 5.001.12.04.021724

	45184			24/04/2018
	64670			23/03/2018
	1.000			24/05/2018
	514			23/04/2018
	514	FCAM		24/04/2018

NORMAL

92

RESIDENCIAL BT 1207276 N 1919448 L.T.1.2 487

Mes/Ano	Vl. Consumo	Correção Monetária	Outras	Total
MAR/18	438	CONSUMO	514 A 51 0.0538112 =	287,22
FEV/18	457	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 01/12/2017		0,04
JAN/18	435	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 01/12/2017		4,74
DEZ/17	499	MULTA POR ATRASO DE 1 01/12/2017		1,87
NOV/17	490	JUROS DE MORA POR ATR 01/12/2017		0,44
OUT/17	529	MULTA POR ATRASO 01/12/2017		0,57
SET/17	460	PARCELAMENTO DE DÉBITOS (2x)		193,28
AGO/17	517	JUROS DE MORA DE IMPO 01/12/2017		6,19
JUL/17	542	ILUMINAÇÃO PÚBLICA		31,37
JUN/17	558			
				1.429,77

01/2018 Valor: R\$ 493,77
VALOR CORRESPONDE APENAS A CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA E ÁGUA DA UNIDADE DE CONSUMO INDIVIDUAL DA FAMÍLIA. O VALOR REFERENTE ÀS OUTRAS TAXAS ESTÁ INCLuíDO NO VALOR DE CONSUMO DA UNIDADE. TAMBÉM ESTÃO INCLuíDOS OS VALORES REFERENTES ÀS TAXAS DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, JUROS DE MORA, MULTAS POR ATRASO, PARCELAMENTO DE DÉBITOS, ETC.

LIGUE 000641369 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

001 0001.0001.7000.9523.0024.4000.9290.0076

Consumo	Correção Monetária	Outras	Total
88,06			287,22
140,87			
0,00			17,00%
5,84			48,62
52,43			0,63
			2,00

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

NOT: 5.001.12.04.021724 07/2018 0,00

Eletrobras 0108917-0 493,77
04/2018 11/05/2018
000641369 FCAM

83540000004 5 93770075006 6 00000000128 1 91799413006 4



SEQ.: 00299 UC: 0108917-0 DT.LEIT.: 24/04/2018 T. ENTR.: 07.
LEITURA: 45184 NORMAL TOTAL: 493,77 CARCA: 007

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reasseguro.

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 Ilair Inácio de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.512/04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Franckleide de Souza Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 955.338.181/00, do sinistro de DPVAT cobertura Invad. des. da Vítima Franckleide de Souza Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 955.338.181/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

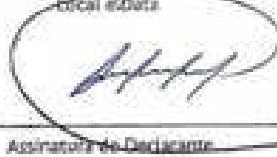
Recuso informar:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Antônio Pinheiro Gehrke	Número	1832	Complemento	Ap. 04
Bairro	Buriti	Cidade	Bon. Vista	Estado	CEP
Email	ILOIRER@HOTMAIL.COM	Telefone comercial(DDD)	.	Telefone celular (DDD)	(95)99154-4282

Bon. Vista 06 de Julho de 2018


Assinatura do Declarante

DOCUMENTO
ORIGINAL



06.JIII.2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE TRÂNSITO

NOME: JOELA INACIO DE SOUZA



DOC. CEDENCIADO / NO. CADASTRAL: 114867 000 00
CPF: 383.091.511-04 **DATA NASCIMENTO:** 07/04/1978

PAÍS: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
MUNICÍPIO: OMIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: **AD:** **CARTAS:**

NR. REGISTRO: 011018/2304 **VALIDADE:** 28/01/2021 **VENCIMENTO:** 15/12/1999

CRÉDITOS:

LOCAL: BOA VISTA - RO/AMAZONAS **DATA DE EMISSÃO:** 30/01/2015
AV. DOUTOR RAIMUNDO PEREIRA
ESTADO DO AMÉRICO
GOVERNO DO BRASIL



980151096

980151096

CARTEIRA NACIONAL DE TRÂNSITO

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

RR Nº 012322394914 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
447.332.592-04 INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

DATA DO BILHETE / DATA EMISSÃO
2017 14/08/2017

PLACA	01 447.332.592-04	PLACA	MX7318
RENAVAM	01021270072	MARCA / MODELO	YAMAHA/YS150 FAZER ED
ANO FAB.	2014	CHASSIS	9G6KG0660E0034257

PRÉMIO TARIFÁRIO

PREMIOS	DPVAT PREMIO	VALOR DO SEGURO DPVAT
R\$81,29	R\$7,03	R\$90,33
VALOR DA COBERTURA PREMIOS	DPVAT PREMIO	VALOR DA COBERTURA PREMIOS
R\$4,15	R\$0,7	R\$185,5
PAGAMENTO		10/08/2017
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 04.246.0000001-04
www.seguradoralider.com.br



06 JUL. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180352127 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA **Data do acidente:** 09/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180352127 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA **Data do acidente:** 09/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Francisca de Souza Oliveira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	196000
ENDEREÇO:	R. Epitácio Medeiros Cláudio B. Araújo, N° 601, Biquinhas

OUTORGADO

NOME:	Weir Brálio da Cunha
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Advogado
IDENTIDADE:	114.903
ENDEREÇO:	R. Antônio Pichere Caprioli N° 1522, Pirituba

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.

Belo Horizonte, 24 de Julho de 2018

LOCAL E DATA



Francisca de Souza Oliveira

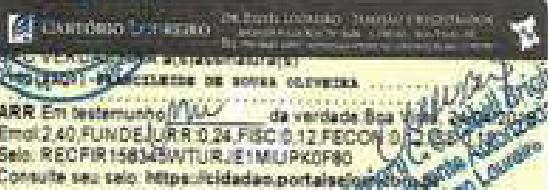
ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DOCUMENTO
ORIGINAL

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.

06 JUL. 2018



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180352127**

Vitima: **FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **09/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ILOIR INACIO DE SOUZA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180352127**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA**

Sinistro: **3180352127**

Vítima: **FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **09/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ILOIR INACIO DE SOUZA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180352127** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180352127**

Vitima: **FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **09/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ILOIR INACIO DE SOUZA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180352127**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **09/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 9 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no Campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI.

CPF da Vítima

065.932.192-00

Nome completo da vítima

Franckleide de Souza Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Francilene de Souza Oliveira		CPF titular da conta	065.323.192-00	Profissão	Aux. Administrativa
Endereço	R. Grav Mestre Claudio B. Araújo	Número	634	Complemento		
Bairro	Higuerópolis	Cidade	Itaúna	Estado	RR	
Email	ilover@hotmail.com		CEP	69.307-372	Telefone (DDD)	(65) 99454-4702

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

& CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Apontar uma opção)

BRASIL (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
Nº:

019

CONTA
Nº:

2173

01

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

& CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

M&G

AGÊNCIA
Nº:

019

CONTA
Nº:

019

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Bea Vista, 26 de Abril de 2018

Local e Data

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso, em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francilide de Souza Oliveira

CPF da Vítima

065.338.162-00

Data do Acidente

09/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disconcorde do seu conteúdo.

*DOCUMENTO
ORIGINAL*

Bonito, 24 de Abril de 2018

Local e Data

x Francilide de Souza Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3305 - AEROPORTO



1800009943	16/04/2018 09:58:19	FICHA DE ATENDIMENTO: TRAUMATOLOGIA					DIURNO 07-19	7	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prenatal			
FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA		27/03/1984	34 A 0 M 20 D	701801283972374	85533818200				
Tipo Doc.	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raca/Cor	Naturalidade	Nacionalidade	
IDENTIDADE	196099	SSP RR	23/03/2016	F	UNIÃO	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA	
Mês					ESTAVEL		Contato		
Maria das Dores de Sousa Oliveira						JOSE MARQUES DE OLIVEIRA	(95) 99157-3095		
Endereço								Ocupação	
RUA - GRAO MESTRE - 654 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR								ASSISTENTE	
								ADMINI	
Class. de Risco	Promo Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal			
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento	Centro de Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão			
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA								
Setor:	Type de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:					
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA			DANIEL VIANA					
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								

Acidente de moto

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
GP: Dor no peito	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 12345	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - _____)	
<i>Doença de 20 dias AUTENTICO</i>	

Exame Físico	
<i>+ Jardim</i>	

Hipótese Diagnóstica	
----------------------	--

SADT - Exames Complementares	
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	

PREScrição	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Dipreva 400 mg Tenoxicam 400mg</i>	<i>HH</i>	<i>Revisar</i>

Conduta	
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Transferência para:	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: _____

Óbito	
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMI. Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico
Impresso por: daniel.viana	
Data/Hora: 16/04/2018 09:59:05	
www.medicodigital.com.br	

