

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: 84392150291 4 - Nome completo da vítima: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

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

5 - Nome completo: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA 6 - CPF: 84392150291

7 - Profissão: ADJ. MMPEZA 8 - Endereço: AV. JARDIM 308 A402 9 - Número: 138 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: CID. SATELITE 12 - Cidade: 30A VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317529

15 - E-mail: WYANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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: 00004198 7

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 30A VISTA, 18/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003165/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/01/2020 10:27 Data/Hora Fim: 22/01/2020 10:46
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 11/12/2019 18:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Santa Luzia
Logradouro: AV. SOLON RODRIGUES PESSOA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1727: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - ABALROAMENTO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 23/07/1986	Idade: 33 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista	Profissão: Auxiliar de Limpeza		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: MARIA JOSE DE OLIVEIRA		Nome do Pai: FRANCISCO CLERTON COSTA	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 843.921.502-91
RG - Carteira de Identidade: 243364

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV JARDIM Nº: 138
Complemento: B08 A402 ACAI
Bairro: CIDADE SATELITE CEP: 69.317-529

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 843.921.502-91	Placa NAO7450
Renavam 00816197946	Número do Motor JC30E14046267
Número do Chassi 9C2JC30104R046267	Ano/Modelo Fabricação 2004/2003
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS
Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 10/08/2015	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003165/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA PELA AVENIDA SOLON RODRIGUES PESSOA, SENTIDO CENTRO > BAIRRO, QUANDO NO CRUZAMENTO DO SEGUNDO SEMÁFORO, AO FAZER A CONVERSÃO A ESQUERDA PARA ADENTRAR PARA A OUTRA VIA, FOI ABALROADO POR UM MOTOCICLISTA QUE PASSOU NO SINAL VERMELHO E SEGUIA EM SENTIDO CONTRÁRIO PELA MESMA AVENIDA. QUE NÃO SABE INFORMAR O NOME DO REFERIDO MOTOCICLISTA, TAMPOUCO A PLACA DO VEÍCULO. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O DEDO MÍNIMO DA MÃO DIREITA. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL POR TERCEIROS. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.
É O RELATO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Polícia
Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assergadas 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."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

- DAMS (COSPASAS DE ASSISTENCIA MEDICA E SUPLEMENTARES)
INVALIDEZ PERMANENTE
MORTE

2 - Nº do registro no ASI:

84392150291

Nome completo da vítima:

RAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS - FAIXA DE IDADE MENOR DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2017

5 - Nome completo:

RAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

7 - Profissão:

AV. LIMPEZA

8 - Endereço:

AV. JARDIM 308 A 402

10 - Bairro:

CID. SATELITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

14 - CPF:

12345678901234567890

16 - E-mail:

RAIO@HOTMAIL.COM

18 - Nome completo do Representante Legal:

RAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

19 - CPF do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, ser o(a) responsável pelo(a) informado(a), com a finalidade de garantir a cobertura do seguro DPVAT.

20 - ABUSA INFANTIL DO TITULAR DA CONTA:

- RESUMO INFO (RIR)
SEM RENDA

- R\$ 1.001,00 A R\$ 1.000,00
R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.500,00

- R\$ 1.501,00 A R\$ 2.000,00
ACIMA DE R\$ 2.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

- BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO
CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos a seguir, com a finalidade de poupar)

- REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Endereço (237)

1041 (241)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3027

CONTA:

00004198

AGÊNCIA:

CONTA:

Assinatura do representante legal

Assinatura da vítima

Assinatura do representante legal

Assinatura da vítima

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUSA DO IMPL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que esta pessoa não possui nenhuma doença ou lesão que possa impedir a realização do seguro DPVAT, conforme disposto no art. 1º da Lei nº 134/74, em vigor.

- IML que atende a região de acidente ou da residência, ou
IML que atende a região do acidente ou na conta insalubre não realiza serviços para fins do Seguro DPVAT, ou
IML que atende a região do acidente ou da residência insalubre com período com prazo superior a 90 (noventa) dias de período.

Declaro que esta auto-declaração não significa a ausência de qualquer exame médico ou avaliação médica, caso necessário, para a avaliação da condição de saúde da vítima.

Declaro que esta auto-declaração não significa a ausência de qualquer exame médico ou avaliação médica, caso necessário, para a avaliação da condição de saúde da vítima.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTO

23 - Estado civil da vítima: Solteiro, Casado (ou viúva), Divorciado, Separado judicialmente, Viúvo

24 - Estado civil do representante legal: Solteiro, Casado, Divorciado, Separado judicialmente, Viúvo

25 - Data de nascimento da vítima: 26 - Vítima detida, comparecimento: Sim, Não

27 - Data de nascimento do representante legal: 28 - Vítima detida, comparecimento: Sim, Não

29 - Data de nascimento da vítima: 30 - Vítima detida, comparecimento: Sim, Não

31 - Data de nascimento do representante legal: 32 - Vítima detida, comparecimento: Sim, Não

33 - Vítima detida, comparecimento: Sim, Não

34 - Vítima detida, comparecimento: Sim, Não

35 - Nome legal de quem assina a pedido (a requerente)

36 - CPF legal de quem assina a pedido (a requerente)

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

38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome:

40 - 1ª Nome: 41 - 2ª Nome:

42 - Assinatura do representante legal (se houver)

43 - Assinatura do requerente (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEIMUNHAS

BOA VISTA, 19/03/2020
RAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

Assinatura do representante legal



Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0133290-2

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eva Garcia, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.670/0001-44 | Insc. Estadual: 24.001.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 4392854

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.428 de 26 de abril de 2002. FCAH*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	21/01/2020	180	178,69

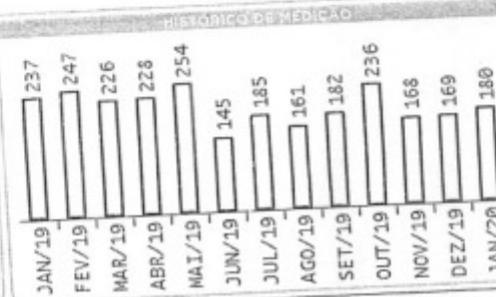
MARIA JOSE DE OLIVEIRA
AV JARDIM 138 B08 A402-ACAI - CIDADE SATELITE
CEP: 69.317-529 - BOA VISTA
RESIDENCIAL VILA JARDIM

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	4241	Atual:	13/01/2020	Grupo/Subgrupo:	1-1-1-2
Anterior:	4061	Anterior:	11-12-2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	30	Próxima leitura:	12/02/2020	Ligação:	BIPHASICA
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	10-01-2020	Número Medidor:	TUB1715013
Consumo medido:	108	Apresentação:	12/01/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	180			Modalidade:	H 1403127

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	180 A R\$ 0,760481 =	136,88
		41,81

OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 180 - 0.617770

Média 12 meses: 200



LIGUE 30007019120 E FAÇA O CANCELAMENTO 16 11 16 21 %
Parabéns! Até o dia 10/01/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO C246.4D05.5FDE.6987.5659.7A2E.26A8.3EF3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
	Valor	Base de Cálculo	ALÍQUOTA	VALOR
Energia:	74,41	ICMS:	17,00%	23,26
Encargos:	4,21	PIS:	0,31%	0,42
Tributos:	25,67	COFINS:	1,45%	1,99
Transmissão:	0,00			
		136,08		

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIO			TPO			DPO	DPI
	Mensal	Trimestral	Atual	Mensal	Trimestral	Atual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	1,25			3,00			0,62	



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: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	PERÍODO DE CONSUMO 22-JUN-19 a 23-JUL-19
CONSUMO (kWh) 498	VENCIMENTO 10-AUG-19	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84

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 539180	MÊS 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº **294.316.382-15**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA** inscrito(a) no CPF sob o nº **843.921.502-91** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA** inscrito (a) no CPF sob nº **843.921.502-91**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

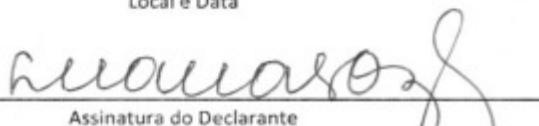
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souzza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 18,03,2020
Local e Data


Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Raquel L. Soares
CORREIO 001.000.491-78

1901197113 11/12/2019 18:15:26 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 41

Paciente: KAIO RAFAEL DE OLIVEIRA COSTA
Data Nascimento: 23/07/1986 Idade: 33 A 4 M 19 D CNS: 703200624039398 CPF: Prontuário
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 243364 SSP/RR M NAO PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe: MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA NI Contato: (95) 99164-7550 Ocupação
Endereço: RUA - ANTONIO MACIEL - 350 - JARDIM FLORESTA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
GRANDE TRAUMA DEMANDA ESPONTANEA ANTONIA.SOARES

Queixa Principal: Queda de moto
 Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC DRUM TOTAL 41
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
Acidente de moto, queda de cima e levou
no hospital e exames feitos

Exame Físico: Ou e ecema no

Hipótese Diagnóstica: Fx de metacarpo 5º a D

SADT - Exames Complementares
 RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Frax para uso contínuo L Fdx e neurol	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 Novo-Planalto - Tel: (95) 21 23 0620 NOVO PLANALTO AUTENTICAÇÃO [Signature]	TOTAL 2456

Conduta
 Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revelia Internação
 Transferência para: Ortopedia Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito
Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica

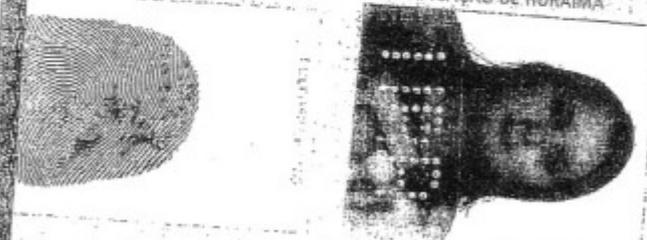
Assinatura do Paciente ou Responsável: _____
Carimbo e Assinatura do Médico: Adélie Gai Costa Médica CRM-RR 1988

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 11/12/2019 18:16:42



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Lujana Amorim de Souza Lopes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL SC.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUJANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

CCC ORIGEM CC:3766 F.260 L.B-12 BOA-VISTA-RR.

CPF 194316382 - 15

Raimundo Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/63

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0098455/20

Vítima: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

CPF: 843.921.502-91

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 11/12/2019

Titular do CPF: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA : 843.921.502-91

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: 19/03/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200124497

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

Data do acidente: 11/12/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. (P1)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA

**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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200124497 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA **Data do acidente:** 11/12/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. (P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DATA DO ACIDENTE: 11/12/2019
DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: KAILO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA
Identidade: 243364 SSP/ RR
Nacionalidade: BRASILEIRO
Profissão: AUX. DE LIMPEZA
Endereço: AV: JARDIM 138 308 A402 - CID. SATELITE

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
Identidade : 80.232 SSP/RR
Nacionalidade: BRASILEIRA
Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA
Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÁ / CEP: 69.313-572

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante as SEGURADORAS que constituem O CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Boa Vista-RR, 22 de JANEIRO de 2020



Kailo Raphael de Oliveira Costa
Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO LOUREIRO
AR VILIP R. 70, N° 506 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO: C. OUTORGADO@IBRISO.COM.BR

REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)
[Assinatura] - KAILO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA
Emol. 0,00, FUNDEJURR. \$ 18, FISC: 1,59, FECON: 1,59, ISS: 1,59, Sel. 0,00
Selo: REC FIR 1583452X681SBWPN6FNA18 N° Ticket: 00267
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 84392450291

DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRO

André G. Sabino
Escritor Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0098455/20

Vítima: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

CPF: 843.921.502-91

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 11/12/2019

Titular do CPF: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA : 843.921.502-91

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: 19/03/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200124497

Vítima: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

Data do Acidente: 11/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200124497

Vítima: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

Data do Acidente: 11/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000004198-7

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

