

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 84392150291 4 - Nome completo da vítima: RAIO 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: RAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA 6 - CPF: 84392150291

7 - Profissão: AUX. IMPREZA 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: LUANNA.50022A71@HOTMAILN.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)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00004198 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: —

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: —

CPF: —

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: —

CPF: —

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 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
Complemento: B08 A402 ACAI
Bairro: CIDADE SATELITE
Nº: 138
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:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do registro no ASI:

3 - CPF do segurado:

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: AUXILIAR DE AV. JARDIM 808 B402

10 - Bairro: CID. SATELITE

12 - Cidade: BOA VISTA

16 - E-mail: ADRIANA.50022A71@HOTMAIL.COM

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

20 - Declaração, para todos os fins de direito, de que a declaração acima informada, sendo verdadeira, não é falsa (ANEXAR CÓPIA).

21 - DADOS BANCÁRIOS:

22 - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

24 - AGÊNCIA: 3027

25 - CONTA: 00004198

26 - AGÊNCIA: 00004198

27 - CONTA: 00004198

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

29 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

30 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

31 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

32 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

33 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

34 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

35 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

36 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

37 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

38 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

39 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

40 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

41 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

42 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

43 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

44 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

45 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

46 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

47 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

48 - Declaração de que esta pessoa não possui nenhuma outra doença ou lesão que possa causar a morte ou invalidez permanente.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000004198-7

Nr. da Autenticação 23D419A451F183A2



Para contato com
a Roraima Energia,
insira este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0133290-2

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.676/0001-44 | Insc. Estadual: 24.003.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4392854

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	21/02/2020	180	178,69

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

DADOS DA LEITURA (KWH)	
Atual:	4241
Anterior:	4061
Dias de consumo:	30
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo medido:	180
Consumo Faturado:	180

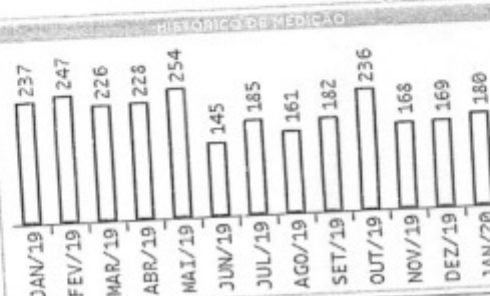
DATAS DA LEITURA	
Atual:	13/01/2020
Anterior:	11/12/2019
Próxima leitura:	12/02/2020
Emissão:	10/01/2020
Apresentação:	13/01/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Grupo/Subgrupo:	1-1.1.2
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	BIFÁSICA
Número Medidor:	TUB1715019
Forma de Faturamento:	MD100%
Modalidade:	N 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



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO 16 11 16 21 %
Parabéns! Até o dia 10/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		C246.4D05.5FDE.6987.5659.7A2E.26A8.3EF3									
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$									
Energia:	74,41	Base de Cálculo:	ICMS: 17,00% 29,26								
Encargos:	4,21	136,88	PIS: 0,31% 0,42								
Tributos:	25,67		COFINS: 1,45% 1,99								
Transmissão:	0,00										
INDICADORES DE CONTINUIDADE											
MÊS		TRIMESTRE		ANUAL		MÊS		TRIMESTRE		ANUAL	
Jan/20	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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

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



Assinatura do Declarante

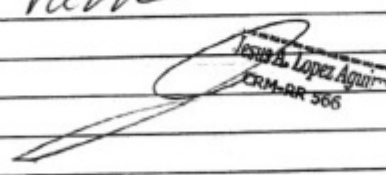




GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação: _____
Reclassificação: _____
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação: _____
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação: _____
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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 SSP/RR		Sexo M		Estado Civil NAO INFORMADO		Raça/Cor PARDA		Naturalidade BOA VISTA - RR	
Mãe MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA										Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA - ANTONIO MACIEL - 350 - JARDIM FLORESTA - BOA VISTA - RR										Contato (95) 99164-7550	
										Ocupação	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.				Registrado por: ANTONIA.SOARES		Pressão	
Queixa Principal Queda de moto				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				DRU: NO TOTAL 41			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 5 h) Meio de not. para de e bem no h d. e edem s. nter											
Exame Físico Ou e edema n											
Hipótese Diagnóstica Fx de metacarpo 5º											
SADT - Exames Complementares <input 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 Fração 1000 ml L fah e hem				APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO			
											
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ortopedia				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: 11/12/2019 18:16:42							
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> 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											



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

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

CCC ORIGEM CC13766 F.260 L.B-12 BOA-VISTA-RR.

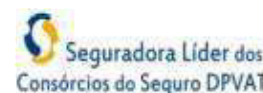
CPF 194316382 - 15

Raimundo Francisco da Silva Junior

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

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 - CARANÃ / 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



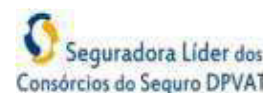
Kaio Raphael de Oliveira Costa

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



Dr. Joziel Loureiro
TABELÃO E REGISTRO
Escritório 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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KAIO RAPHAEL DE OLIVEIRA COSTA

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

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

