

# 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: 09689-822-64 3 - CPF da vítima: 019.689.822-64 4 - Nome completo da vítima: Eledson Lima Cavalcante

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

5 - Nome completo: Eledson Lima Cavalcante 6 - CPF: 019.689.822-64  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Lúcio, Bloco G, 11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-518  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99113-3865

## 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: 00061060 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

### ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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 (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, Boa Vista - RR 05 de Fevereiro

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: 000270/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/01/2020 09:21 Data/Hora Fim: 03/01/2020 09:43  
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 03/11/2019 19:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Rua Felipe Xaude com Avenida dos imigrantes

Bairro: Buritis

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                   | Meio(s) Empregado(s) |
|----------------------------|----------------------|
| 20005: ACIDENTE COM LESÕES | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLEDSON LIMA CAVALCANTE (VÍTIMA, COMUNICANTE, CONDUTOR)  
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Vitorino Freire Sexo: Masculino Idade: 25  
Profissão: Estudante  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Iracely Lima Cavalcante Nome do Pai: Francisco de Sousa Cavalcante

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 019.689.822-64  
RG - Carteira de Identidade: 3886557

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: R Leão  
Bairro: Cidade Satélite  
Telefone: (95) 99142-8738 (Celular)

Nº: Bloco G1, Apto.  
CEP: 69.317-518

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo  
Cor LARANJA  
Veículo Adulterado? Não  
Situação Meio Empregado

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão  
Marca/Modelo VW SAVEIRO  
Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos  
Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho  
Impresso por: José Maria de Souza Moura  
Data de Impressão: 03/01/2020 09:43  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000270/2020

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 019.689.822-64

Renavam 00141699485

Ano/Modelo Fabricação 2009/2009

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA BIZ 125 ES

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAZ 3625

Número do Chassi 9C2JC42209R058636

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Cledson Lima Cavalcante

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O senhor acima qualificado, compareceu à esta delegacia para nos comunicar que na data e horário acima mencionados, sofreu um acidente quando conduzia sua motocicleta HONDA BIZ, acima citada, pois o veículo SAVEIRO invadiu a preferencial na qual a vítima estava, batendo no seu veículo e fugiu do local sem lhe prestar socorro; que devido a queda veio a fraturar a perna esquerda, e que depois, foi socorrido pelo SAMU, o qual o conduziu para o Hospital Geral de Roraima. Este é o breve relato dos fatos.

ASSINATURAS

José Maria de Souza Moura

Agente Carcerário  
Matrícula 42000193

Responsável pelo Atendimento

Cledson Lima Cavalcante

(Comunicante / Vítima / Condutor)

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

# 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: 019.689.822-64 3 - CPF da vítima: 019.689.822-64 4 - Nome completo da vítima: Eledson Lima Cavalcante

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

5 - Nome completo: Eledson Lima Cavalcante 6 - CPF: 019.689.822-64  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Lúcio, Bloco G1, 9 - Número: 203 10 - Complemento:  
11 - Bairro: cidade satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-518  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9913-3865

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: 00061060 4  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:  
AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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, Boa Vista - RR 05 de Fevereiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





ESTADO DE RORAIMA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
COMANDO OPERACIONAL  
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA  
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR



Nº DE AVISO: 5100-19  
Nº DE VÍTIMAS: 01  
OCORRÊNCIA: T-04  
DATA: 03/11/19

OBM DE ATUAÇÃO

☒ 1º BPABM ☒ 1º PEL ☐ 2º PEL  
☐ 2º BPABM ☐ 1ª CIA ☐ 2ª CIA ☐ 3ª CIA

ÁREA DE ATUAÇÃO

☒ Leste ☐ Oeste ☐ Centro  
☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural

VTR

UR 01-18

KMI

34730

KMF

34744

H/SAÍDA

19:46

H/NO LOCAL

-

SAÍDA DO LOCAL

20:09

NO DESTINO

-

H/NA OBM OU B-01

20:52

1. DADOS DA OCORRÊNCIA

CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADO:

ENDEREÇO: AV. IMIGRANTES

CIDADE: BOA VISTA

Nº 8/N

BAIRRO: ASA BRANCA

LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: OLEDSOM LIMA CAVALCANTE

RG/CPF: 019.689.822-6A

D.N.: 26/06/19A

IDADE: 25A

SEXO:

☒ Masculino ☐ Feminino

PNE: ☐ Sim ☒ Não

ENDEREÇO: R. LEÃO - VILA - B-1 APT 203

Nº 8/N

BAIRRO: C SATELITE

CIDADE: BOA VISTA

NACIONALIDADE: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro:

TEL.: 91428738

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?

☐ Sim ☒ Não Se sim, qual:

Deseja informar sua orientação sexual? ☐ Sim ☒ Não

Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ homossexual

☐ Outro:

Deseja informar identidade de gênero? ☐ Sim ☒ Não

Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual

☐ Travesti ☐ Outro:

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.

☐ O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.

Assinatura do paciente/vítima:

RG Nº

SSP/

Testemunha:

RG Nº:

SSP/

Testemunha:

RG Nº:

SSP/

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)

Abertura ocular

Resposta verbal

Resposta motora

Total

☒ 4. Espontânea  
☐ 3. Á voz  
☐ 2. A dor  
☐ 1. Nenhuma

☒ 5. Orientado  
☐ 4. Confuso  
☐ 3. Palavras inapropriadas  
☐ 2. Sons incomp./ Gemidos  
☐ 1. Nenhuma

☒ 6. Obedece aos comandos verbais  
☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso  
☐ 4. Reage a dor  
☐ 3. Flexão anormal a dor (decorticação)  
☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)  
☐ 1. Nenhuma

15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)

Abertura ocular

Resposta verbal

Resposta motora

Total

☐ 4. Espontânea  
☐ 3. Á voz  
☐ 2. A dor  
☐ 1. Nenhuma

☐ 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha.  
☐ 4. Choro, mas que pode ser confortado.  
☐ 3. Irritabilidade persistente.  
☐ 2. Agitação.  
☐ 1. Nenhuma

☐ 6. Movimenta os 4 membros.  
☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso.  
☐ 4. Sente dor, mas não retira.  
☐ 3. Flexão a dor (decorticação).  
☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração).  
☐ 1. Nenhuma

X Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: - FR: - FC: 98

SpO2: 93%

Temperatura: -

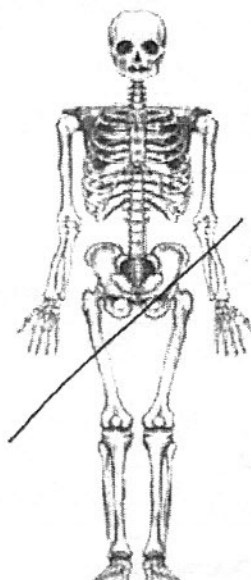
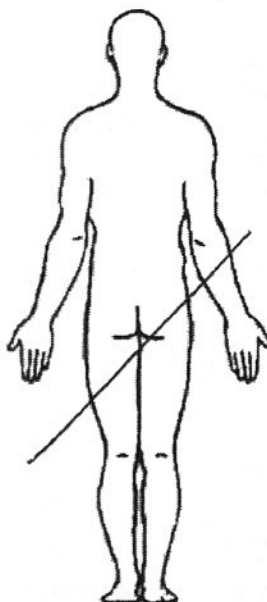
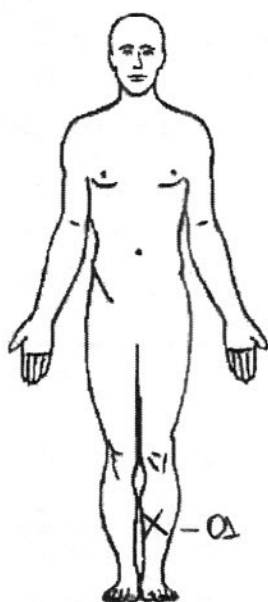
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

APARENTEMENTE ALCOLIZADO: ☐ SIM ☒ NÃO



**8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA**☐ Óbito evidente☐ PCR☐ Vítima encarcerada☐ Vítima ejetada☐ Capotamento**9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:****Legenda:**

- 01- Fratura
- 02- Luxação
- 03- Entorse
- 04- Ferimento incisivo
- 05- Ferimento Lacerante
- 06- Ferimento Corto-contuso
- 07- Ferimento perfurante
- 08- Ferimento penetrante
- 09- Amputação
- 10- Avulsão
- 11- Contusão
- 12- Escoriações
- 13- Queimaduras

**10. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

VÍTIMA ENCONTRADA EM D.D.H, L.O.T.E, NEGA EPISÓDIO DE DESMAIO E VÔMITO, APRESENTA POSSÍVEL FRATURA CONFORME GRÁFICO, RETIROU O PRÓPRIO CAPACETE. REALIZADA IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO LESIONADO, COLOCAÇÃO DO COLAR CERVICAL, PRATINHAMENTO E REMOÇÃO PARA HOSPITAL. ENTREGUE CONSOLIDENTE.

**11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL**

☐ Carteira de identidade  
☐ CNH  
☐ CPF  
☐ Título de eleitor

☐ Cartão magnético \_\_\_\_ Und  
☐ Cheque \_\_\_\_ Fls  
☐ Dinheiro R\$ \_\_\_\_  
☐ Jóias

☐ Capacete  
☐ Calçado  
☐ Óculos  
☐ Relógio

☐ Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aos cuidados de: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**12. UNIDADE DE SAÚDE**

☒ P.S Francisco Elesbão  
☐ P.A Ailton Rocha  
☐ Pronto atendimento Cosme e Silva

☐ Hosp. da Criança Santo Antonio  
☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré  
☐ Hosp. Unimed

☐ Hosp. das Clínicas  
☐ Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE**☒ Estável☐ Instável☐ Crítico**14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Chefe de equipe:

Socorrista(s):

Condutor da VTR

Resp. pelo preenchimento

ST TAVARES

SD SEVALHO

SD R. SOUZA

SD SEVALHO

**15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE**

Assinatura:

Documento de identidade:

Registro de conselho (CRM, COREN):



L. Repens de L. Pinheiro  
Clínica Geral  
CRM 227-RR

Matrícula: **1333402**

**Setembro/2019**

**Dados do Cliente:**

IRACELY LIMA CAVALCANTE

**Endereço para entrega:**

RUA LEAO, BLOCO - G-1 AP-203 UNILA - CID  
 ADE SATELITE BOA VISTA RR 69317-518

**Inscrição**

001.031.080.0010.037

**Rota**

63

**Seq.Rota**

380

**Quantidade de Economias**

RESIDENCIAL

**Hidrometro**

NÃO MEDIDO

**Data de Instalação**

**Situação Água**

LIGADO

**Situação Esgoto**

LIGADO

**ANTERIOR**

**ATUAL**

**CONSUMO (m3)**

10

**NUM DE DIAS**

0

**LEITURA FAT.**

**LEITURA INF.**

**DT. LEITURA**

**ULTIMOS CONSUMOS**

|              |           |
|--------------|-----------|
| 201908       | 10-0      |
| 201907       | 10-0      |
| 201906       | 10-0      |
| 201905       | 10-0      |
| 201904       | 10-0      |
| 201903       | 10-0      |
| <b>MEDIA</b> | <b>10</b> |

| Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor                 |       |           |     |           |        |
|---|-------|-----------|-----|-----------|--------|
| Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição |       |           |     |           |        |
| DECRETO FEDERAL N.º 5440 - LDBS Q.A.                        |       |           |     |           |        |
| AMOSTRAS  | CLORO | TURBIDIM. | COR | C.TOTALIS | E.COLI |
| EXIGIDAS  |       |           |     |           |        |
| ANALISADAS  |       |           |     |           |        |
| CONFORMES   |       |           |     |           |        |

**DESCRICAO**

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE AGUA

TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 09/2019

MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019

|       |       |
|-------|-------|
| 10 M3 | 23,83 |
|       | 19,06 |
|       | 4,77  |
|       | 0,86  |

**VENCIMENTO:**

15/10/2019

**TOTAL A PAGAR**

48,52

AVISO: EM 31/08/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

"SETEMBRO AMARELO, MES DE VALORIZACAO DA VIDA E PREVENCAO AO SUICIDIO: VOCE IMPORTA, VOCE TEM VALOR, VOCE NAO ESTA SO."



| MATRICULA | REFERENCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 1333402   | 09/2019    | 15/10/2019 | 48,52         |

82610000000- 7 48520004001- 5 00133340201- 2 09201990003- 1







CNPJ: 05.932.467/0001-18  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.955.425-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 89.306-810



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

Matrícula: 831247

Janeiro/2020

**Dados do Cliente:**

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

**Endereço para entrega:**

RUA OC 18, NUM. 295 - SENADOR HELIO CAMP  
OS BOA VISTA RR 69317-633

**Inscrição**

001.033.011.0169.000

Rota  
5

Seq.Rota  
1189

Quantidade de Economias  
RESIDENCIAL

**Hidrômetro**

NÃO MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água  
LIGADO

Situação Esgoto  
POTENCIAL

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

LEITURA INF.

DT. LEITURA

10

0

**ULTIMOS CONSUMOS**

201912 10-0

201911 10-0

201910 10-0

201909 10-0

201908 10-0

201907 10-0

MEDIA 10

**Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor**

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição  
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M

| AMOSTRAS   | CLORO | TURBIDEZ | COR | C.TOTALIS | E.COLI |
|------------|-------|----------|-----|-----------|--------|
| EXIGIDAS   | 180   | 180      | 180 | 180       | 180    |
| ANALISADAS | 189   | 189      | 189 | 189       | 189    |
| CONFORMES  | 189   | 189      | 189 | 189       | 189    |

**DESCRIÇÃO**

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 12/2019

4,77

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019

0,47

VENIMENTO:

15/02/2020

TOTAL A PAGAR

29,07

AVISO: EM 30/11/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825-396-343-20 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elidson Lima Carralante inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.689.822 / 64,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elidson Lima Carralante

inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.689.822 / 64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

|   |                          |                                |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| Endereço: <u>Rua: CC 18</u>               | Número: <u>295</u>       | Complemento: _____             |
| Bairro: <u>Boa Vista</u>                  | Cidade: <u>Boa Vista</u> | Estado: <u>RR</u>              |
| E-mail: <u>W.Franco 992 @ gmail - com</u> | CEP: <u>69318085</u>     | Tel.(DDD): <u>9599113-3855</u> |

Local e Data: Boa Vista RR 05 Fevereiro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825-396-343-20 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elidson Lima Carralante inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.689.822 / 64,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elidson Lima Carralante

inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.689.822 / 64, 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: CC 18

Número: 295

Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Boa Vista

Cidade: Boa Vista

Estado: RR

CEP: 69318085

E-mail: W.Franco 992 @ gmail - com

Tel.(DDD): 9599113-3855

Local e Data: Boa Vista RR 05 Fevereiro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

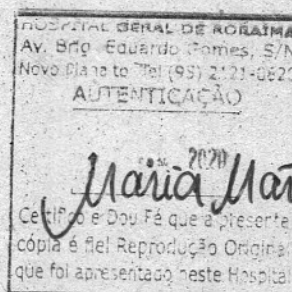


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

**DECLARAÇÃO:**

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta no registro de **CLEDSON LIMA CAVALCANTE**, RG: 3886557 SSP/RR, deu entrada no **PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO (GRANDE TRAUMA)** no dia **03/11/2019**, às **20 horas e 27 min**, por motivo de **ACIDENTE DE MOTO** e recebendo os cuidados da equipe de plantão, conforme o Registro de Atendimento nº **1901182014**.

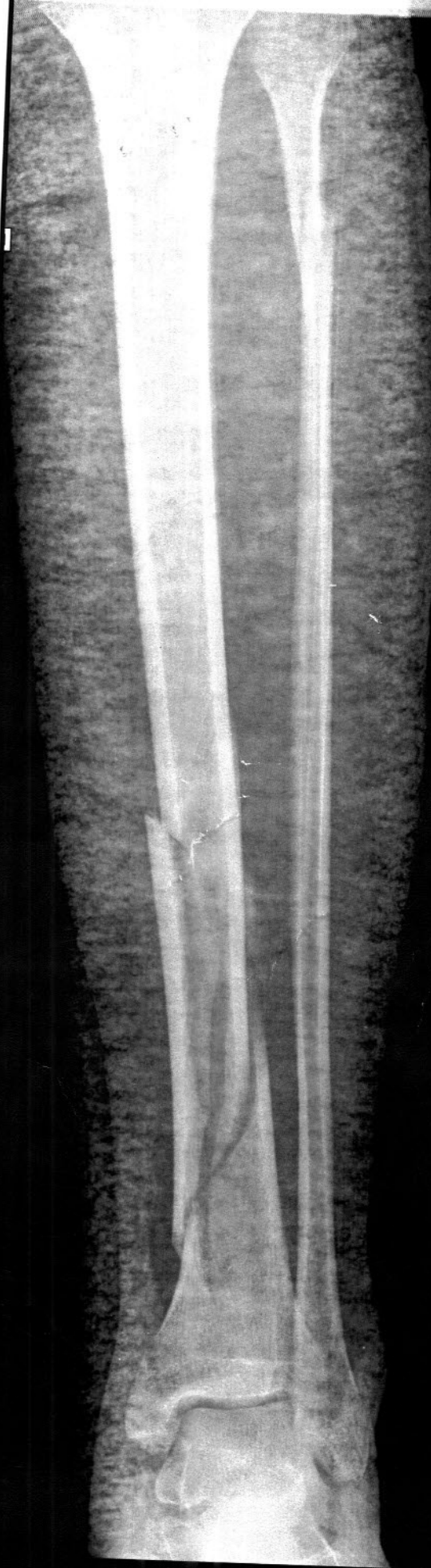
Boa Vista-RR 22 de Janeiro de 2020.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n.º Bairro Novo Planalto - Cep.: 69360-000  
mail: [hosphgr@yaiibest.com.br](mailto:hosphgr@yaiibest.com.br)







E



CLEDSON LIMA CAVALCANTE  
HOSPITAL CORONEL MOTA

13242  
18/11/2019

Marcos

61.7 %



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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1553827752

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1553827752

NOME  
CLELSON LIMA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF  
3886557 SSP RR

CPF  
019.689.822-64

DATA NASCIMENTO  
26/06/1994

FILIAÇÃO  
FRANCISCO DE SOUSA  
CAVALCANTE  
IRACELY LIMA  
CAVALCANTE

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. HAB.  
B

Nº REGISTRO  
06747423083

VALIDADE  
11/12/2020

1ª HABILITAÇÃO  
25/11/2016

OBSERVAÇÕES  
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR  
*Clelson Lima Cavalcante*

LOCAL  
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO  
07/12/2017

ANTONIO FRANCISCO BEBERRA MARQUES  
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO  
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR  
*[Assinatura]*

45684495710  
RR209469773

RORAIMA

DETRAN-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*  
assinatura do titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

825.396.343-20

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Paleontológico do Polícia Civil  
Diretor do IOC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RR Nº 013746676729  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA- 01 COD. RENAVAM 00141699485 RNTC EXERCÍCIO 2019

NOME  
MARIA ELIENE FURTADO

OPF/ENRJ  
251.485.673-68

PLACA  
NAZ3625

PLACA ANT/UF

CHASSI  
9C2JC42209R058636

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTONETA/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL  
GASOLINA

MARCA/MODELO  
HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP/POT/CIL  
2P/0124CC/

CATEGORIA  
PARTICU

COR PREDOMINANTE  
VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA

I \*PAGO\* V \*PAGO\* A \*\* PAGO COTA UNICA \*\*

VENC./COTAS

1ª \*\*\*\*\*

2ª \*\*\*\*\*

3ª \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) 356 OF (R\$) R\$0.7 PREMIO TOTAL (R\$) R\$185.5 DATA DE PAGAMENTO 01/06/2018

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO \* PROIB. SAIR DA A  
MAZ DCIB \*

Antonio Francisco Beserra Marques  
Diretor Presidente

LOCAL DETRAN-RR  
BOA VISTA-RR

DATA  
06/08/2018

CONTRAN

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093564/20

**Vítima:** CLEDSON LIMA CAVALCANTE

**CPF:** 019.689.822-64

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/11/2019

**Titular do CPF:** CLEDSON LIMA  
CAVALCANTE

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### CLEDSON LIMA CAVALCANTE : 019.689.822-64

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](http://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: 16/03/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA