

**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: 5163769

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

R. CAPELLA, 882 , LT 402

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1040650	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 13-APR-20 a 12-MAY-20
CONSUMO (kWh) 514	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 978,85

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 1040650	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 978,85
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836100000097.788500750005.000000001040.065005200053



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisca Sousa do Nascimento

inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.934.792 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elilson Rodrigues da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 838.595.782 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Elilson Rodrigues da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 838.595.782 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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: Capella, LT: 402	Número:	882	Complemento:	
Bairro:	Cidade Satélite	Cidade:	Boa Vista	Estado:	RR
E-mail:	franciscasnascimento@hotmail.com			CEP:	69.317-492
				Tel.(DDD):	(95) 99131-1149

Local e Data: Boa Vista - RR, 10 de junho de 2020.


Assinatura do Declarante



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eng. Barreto, 801 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO



SEU CÓDIGO

0529713-3

Nº da Nota Fiscal 00397439

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	14/11/2019	30	15,15

FRANCISCO SANTOS MAURICIO
R. DESIDERIO FERREIRA 1000 VILA DA PENHA

CPF: 00003979905268

CEP: 69.000-000 - COLONIA APIM

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual:	11/10/2019	Grupo/Subgrupo:
Anterior:	10/09/2019	Classe/Subclasse: RESID. BAIXA RENDA
Data de consumo:	10/11/2019	Ligação: (N)
Constante de Multiplicação:	Emissão: 09/10/2019	Número Medidor:
Consumo medido:	Apresentação: 11/10/2019	Forma de Faturamento: PARADO
Consumo Faturado:	2019.035.03.01.053886	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	30 A R\$ 0,262144 =	7,86
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		7,29
SUBVENCAO BAIXA RENDA	15,07	

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 30 - R\$ 2,27500	
Média 12 meses: 0	



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Valor R\$ 18,81 Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 26/10/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16.11.19 16.21.26

RESERVADO AO FISCO 5704.7685.054F.61FF.11MVL36H5.81PC.80E9

PCPH

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	4,23	Encargos:	0,22	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
Distribuição:	2,03	Tributos:	1,33	ICMS:	17,00%	1,33
Transmissão:	0,00			PIS:	0,003300%	0,00
				COFINS:	0,003300%	0,00
INDICADORES DE CONTINUIDADE						
DIC			FIC			DMC
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
0,20	0,60	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00
			0,00			0,00
						EUSD: 0,30

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: 3 - CPF da vítima: 838.595.782-00 4 - Nome completo da vítima: Elibson Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: Elibson Rodrigues da Silva 6 - CPF: 838.595.782-00

7 - Profissão: Ruseu 8 - Endereço: Rua: Dandevito Ferreira Vlo do Anjo 3000 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Colônia Apicua 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.000-000

15 - E-mail: freiscomunicato@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99131-1149

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:

☒ RECURSO 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: 3993 4 CONTA: 7.540 X

(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 (a 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 obrigatório

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, Manaus, RR, 06 de Junho de 2020.

Elibson Rodrigues da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 3 - CPF da vítima: 838.595.782-00 4 - Nome completo da vítima: Elibson Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: Elibson Rodrigues da Silva 6 - CPF: 838.595.782-00

7 - Profissão: Ruseu 8 - Endereço: Rua: Dandevito Ferreira Vlo do Anjo 3000 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Colônia Apicua 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.000-000

15 - E-mail: freiscomunicato@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99131-1149

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:

☒ RECURSO 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: 3993 4 CONTA: 7.540 X

(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 (a 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 obrigatório

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, Manaus, RR, 06 de Junho de 2020.

Elibson Rodrigues da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



POLICIAIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
Telefone/Fax 95 3542-1333 / 3542-1194 / PRV 542
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MUCAJÁ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de Ocorrência Nº 1328/2019		Data:	25/11/2019		Hora:	10h50min	
Nome:	ELILSON RODRIGUES DA SILVA				Alcunha:	NÃO POSSUI	
Identidade / RG Nº:	232.180 SSP/RR			CPF:	838.595.782-00		
Endereço:	AV. MANOEL VIANA S/N, VILA DA PENHA- APIAÚ				Bairro:	ZONA RURAL	
Ponto de Referência:							
Cidade:	MUCAJÁ		Estado:	RR	Telefone:	95 9 9113 5183	
Nacionalidade:	BRASILEIRA		Naturalidade:	ZÉ DOCA		Estado:	MA
Filiação:	HELVÍDIO PEREIRA DA SILVA / HELENA RODRIGUES DA SILVA						
Profissão:	AUTÔNOMO		Data de Nascimento:	16/05/1983		Idade:	36 ANOS
Estado Civil:	SOLTEIRO		Grau de Instrução:	ENSINO MÉDIO			
Cor/Raça:	PARDO						
DADOS DA OCORRÊNCIA E DO AUTOR / ACUSADO							
Natureza:	ACIDENTE DE TRAFEGO COM VÍTIMA LESÃO CORPORAL			Data/hora:	18/11/2.019 / 19:30H		Código: 1001
AUTOR:	PREJUDICADO					Idade:	PREJUDICADO
CPF/RG:	PREJUDICADO			Filiação:	PREJUDICADO		
Endereço:	PREJUDICADO						
Local da Ocorrência:	VICINAL TRONCO DO APIAÚ - MUCAJÁ - RR.						
Senhor Delegado, Compareceu nesta Delegacia a pessoa acima qualificada para comunicar; Que no dia 18/11/2.019 trafegava pela vicinal tronco do apiaú, momento em que se desequilibrou e caiu com a motocicleta.; Que não conseguiu evitar a queda; Que foi atendido pela equipe de saúde do hospital estadual Vereador Jose Guedes Catão; Que os dados do veículo que o comunicante conduzia são: HONDA / NXR 160 BROS, ANO 2.018/2.018, COR BRANCA, PLACA NAR 3303, RENAVAL 01145357404, CHASSI 9C2KD1000JR115574, NO NOME DO COMUNICANTE; QUE registra esse Boletim de Ocorrência para dar entrada no seguro DPVAT. Era o que tinha a comunicar.							
 MARTHA LIMA Agente de Polícia / PCRR Mat. 42.000.349				 ELILSON RODRIGUES DA SILVA Comunicante			
Despacho () FATO ATÍPICO ARQUIVA-SE () AGUARDA EM CARTÓRIO POR REPRESENTAÇÃO CRIMINAL () INTIME-SE AS PARTES TCO/BOC PELO DELITO _____ PREVISTO NO ART _____ () INTIME-SE O COMUNICANTE PARA DECLARAÇÕES E REP. CRIMINAL. LOCAL _____ DATA ____ / ____ / ____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____				Despacho _____ _____ _____ LOCAL _____ DATA ____ / ____ / ____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____			

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200222808

Vítima: ELILSON RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELILSON RODRIGUES DA SILVA

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, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200222808

Vítima: ELILSON RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ELILSON RODRIGUES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

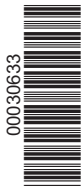
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 19/11/2019, emitido pelo Dr. ODINACHI OKEMIRL CRM nº 1851 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172652/20

Vítima: ELILSON RODRIGUES DA SILVA

CPF: 838.595.782-00

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 18/11/2019

Titular do CPF: ELILSON RODRIGUES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

ELILSON RODRIGUES DA SILVA : 838.595.782-00

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: 22/06/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Elilson Rodrigues da Silva, brasileiro(a) est
ado civil solteiro, profissão: autônomo, portador(a) da
cédula de identidade CIRG nº 232.380 e inscrito no CPF/MF nº
838.595.782-00, residente e domiciliado na
Rua Residência, nº 3000, Bairro:
Vila da Penha, município de
Mucajai/RR, Tel. (45) 9933-5183, E-mail:

OUTORGADO: Francisca Sousa Do Nascimento, brasileira, solteira, portadora do RG nº
148.994 SSP/RR e inscrito no CPF nº 606.934.792-72, residente e domiciliada na
Rua: Capella, LT: 402, nº 402, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-492, município
de Boa Vista-RR

PODERES ESPECIAIS: aOUTORGADA para Enviar documentos, receber correspondências,
solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do
sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar
perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizado ao outorgado.

Boa vista, 21 de novembro de 2019.

Cartório Nathália Lago

Elilson Rodrigues da Silva

OUTORGANTE

Cartório Nathália Lago	Tabela e Registradora: Nathália Lago, OAB/RR nº 10.000, Rua Rio Grande do Norte, 73, Centro, 69360-000, Mucajai - RR Fone: (45) 3542-1330 - E-mail: cartorio@nathalia.lago.com.br
RECONHECIMENTO	
Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de:	
(1) ELILSON RODRIGUES DA SILVA	
Dou fé. Mucajai-RR, 21 de novembro de 2019.	
Emolumentos R\$ 2,45 + FUNDEJURR R\$ 0,25 +	
FISCALIZAÇÃO R\$ 0,10 + FECOM R\$ 0,10 + ISS R\$ 0,10 +	
SELO R\$ 1,50. TOTAL R\$ 4,50.	
Selo Digital de Fiscalização: RECFIR156097N8EP9H2B166QZ862	
Consulta: cidadao.portaleletr.com.br	
	
	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200222808 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELILSON RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 03 // EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172652/20

Vítima: ELILSON RODRIGUES DA SILVA

CPF: 838.595.782-00

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 18/11/2019

Titular do CPF: ELILSON RODRIGUES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

ELILSON RODRIGUES DA SILVA : 838.595.782-00

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: 22/06/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 222.180 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/09/2000

NOME ELILSON RODRIGUES DA SILVA

RELACÃO HELVIDIO PEREIRA DA SILVA / HELENA RODRIGUES DA SILVA

NAT/PAISIDADE ZI DOCA-MA DATA DE NASCIMENTO 16/05/1983

ENDEREÇO CN 38128 F. 251 L. 39 MONÇÃO-MA

ASSINATURA DO DETENTOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
838.595.782-00

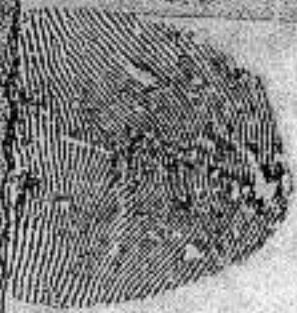
Nome
ELILSON RODRIGUES DA SILVA

Nascimento
16/05/1983

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

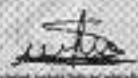
ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA

Elilson Rodrigues da Silva

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO	
	DOC IDENTIDADE / CPO, EMISOR/UF 148994 SSP RR
	CPF 605.934.792-72
	DATA NASCIMENTO 23/12/1976
	FILIAÇÃO JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO JUSACY SOUSA DO NASCIMENTO
PERMISSÃO ACC CAT. HAB AD	
Nº REGISTRO 02101986953	VALIDADE 14/01/2020
1ª HABILITAÇÃO 17/12/1999	
COORDENADOR 	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	
DATA DE EMISSÃO 15/01/2015	
10964911290 RR207911720	
JUSCELINO KURTSCHEK PIRES GOVERNADOR DO ESTADO	
JUSCELINO KURTSCHEK PIRES GOVERNADOR DO ESTADO	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
980131278

PROBIO PLASTIFICAR
980131278

GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro nº _____

Número da Guia: _____

Data do Atendimento: 15/11/2019

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Hora: 20:43

Nome: Elikson Rodrigues da Silva Idade: 36^a

End.: Vila da Penha Nº _____ Bairro: Rural Cidade: Mqj

D.N.: 16.105.183 Sexo: M Naturalidade: Zé Doca-MA

CPF: _____ RG: 932.180 /Órgão: _____

Mãe: Helena Rodrigues da Silva

Pai: Helvécio q. da Silva

CNS: _____ Telefone: _____

Estado Civil: _____ Conjunção: _____

PA: 120x80mm	FR	SPO2:	TAX:
F.C:	LX:	TAX:	PESO:

NOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
cliente trazido no ambulância do Apiaú, após ter sofrido acidente de moto, ocorrido há 1 hora. Apresenta trauma contuso em região frontal, edema, dor e deformidade no nariz e escoriações na pele. Alcoolizado. Faz uso de capacete.

PRESCRIÇÃO DO MÉDICO
sol. Rx pulso (E) *Alergia med.*
Prova de vida

tenoxicam 40mg (E) *10/11/2019*
Aspirina
① Paracetamol
① Sutura NYlo 30

CONFERE COM ORIGINAL
84.013.140/0001-73
Hospital Est. Ver. José Guedes Catão
Rua Marlene Araújo S/N
CEP 69.340-000
Mucajai RR

OBSERVAÇÕES
Responsável pelo paciente (se menor)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação/Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAVIR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

1901188406	19/11/2019 10:33:23	FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA				DIURNO 07-19	101
Paciente ELILSON RODRIGUES DA SILVA		Data Nascimento 16/05/1983	Idade 36 A 6 M 3 D	CNS	CPF	Prontuário	
Tipo Doc Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo M	Estado Civil PARDA	Raça/Cor PARDA	Naturalidade	Nacionalidade BRASILEIRA	
Mão		Pai NI			Contato	Ocupação	
Endereço RUA - VILA PENHA - SN -- MUCAJAI - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Sector PRONTO ATENDIMENTO	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: DAIANA PEREIRA				
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem			GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 10:43 h)							
relato traçando seu pulso @ grs aci deite com um ciclado ho 1 dia							
Exame Físico 1º px de pulso com luxação(?!) / pul no seu pulso @.							
Hipótese Diagnóstica Tração seu pulso @							
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1º Pulso 40y @ 2º Pulso 2y @ 3º Pulso 010pdisth				Ato		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Nova Elancão - RR - CEP: 69201-0620 AUTENTICAÇÃO 19 ABR 2020 Certifico e Douro que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital	
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:				☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saida/Alta:			
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: daiana.pereira Data Hora: 19/11/2019 10:36:34							

Ortopedia Dr. Pedro

Paciente com fratura de seio do olecranon após
queda de moto há 02 dias S.T.C.

Histórico em lesão antiga ossos do
limpo. Paciente relatou queda
há 21 anos após
queda de moto.

Exame + exames + Exame geral
+ Hemograma 29/11/19, 19h

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1854-RR



20144826



ELILSON RODRIGUES DA SILVA
MAS 36A 19/11/2019 12:46:49
PARA SALA DE COLETA