

# 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: GEILSON RAMOS HIMA 6 - CPF: 00345715233  
 7 - Profissão: TEC. ENFERMAGEM 8 - Endereço: R: JOSÉ RENATO HADAD 9 - Número: 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: PINTO LANDIA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316572  
 15 - E-mail: LUVANNA.SOUZA71@HOTMAILS.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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:  CONTA:  08160 4  
 (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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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, 08/06/2020.  
 Gibson Ramos

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002381/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2020 14:14 Data/Hora Fim: 16/01/2020 14:47  
Delegado de Polícia: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 12/01/2020 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cambará

Logradouro: RUA DR. RUBEM LIMA FILHO C/ RUA NAGIBE ELUAN

Complemento: PRAÇA DO CAMBARÁ

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GEILSON RAMOS LIMA (COMUNICANTE )	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino
Naturalidade: RR - Boa Vista	Nasc: 20/09/1990
Profissão: Técnico em Enfermagem	Idade: 29 anos
Nome da Mãe: Maria dos Reis de Souza Ramos	
Em Serviço: Sim	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 003.457.152-33

RG - Carteira de Identidade: 338715

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOSÉ RENATO HADAD

Nº: 1551

Bairro: PINTOLANDIA

Telefone: (95) 99144-6513 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NUH0790	Número do Chassi FINAL 3224
Cor VERMELHA	Marca/Modelo HONDA CG 125FAN ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Geilson Ramos Lima	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE na data em tela o declarante dirigia a sua motocicleta pela via em questão, rumo ao seu trabalho (Hospital Lote Íres),

Delegado de Polícia Civil: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

Impresso por: Adelson Araújo Viana Junior

Data de Impressão: 16/01/2020 14:47

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002381/2020

quando sofreu um acidente de trânsito na esquina da praça do Cambará; QUE guiava pela Rua Rubem filho no sentido Centro-Bairro e no cruzamento com a Rua Nagibe, um veículo avançou a rua, não chegando a cruzar a preferencial, mas foi suficiente para fazer o declarante perder o controle da motocicleta e cair ao chão; QUE na queda houve danos no veículo e uma fratura no braço direito do declarante; QUE o motorista do veículo em questão acionou o SAMU e RESGATE, mas como não chegou nenhuma ambulância, ele levou o declarante em seu carro até o hospital mais próximo (Cosme e Silva); QUE no Hospital o declarante passou por exame de Raio-X, tomou medicamento e foi encaminhado ao hospital HGR, poré, na falta de ambulância disponível, foi levado pelo cunhado (Adelson Araújo Viana Júnior) em carro particular até o Trauma do HGR com sangramento; QUE já no trauma passou por cirurgia e está atualmente internado no Hospital das Clínicas aguardando nova cirurgia. É o relato.

ASSINATURAS

Adelson Araújo Viana Junior  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000909  
Responsável pelo Atendimento

Geilson Ramos Lima  
(Comunicante)

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



CNPJ: 06.539.487/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610

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

Matrícula:

337277

Novembro/2019

Dados do Cliente:

GEILSON RAMOS LIMA

RUA JOSE RENATO HADAD, 81551 - PINTOLAND  
Cidade: VILA DA PINTA - BA  
Qualidade de Economias

Inscrição

Rota

Seq.Rota

Quantidade

Economias

00000001.153.0292.0000ta de Instalação

569

RESIDENCIAL

Situação Água

Situação Esgoto

00147793

27/04/2000

LIGADO

POTENCIAL

LEITURA

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m<sup>3</sup>)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

818

829

11

33

LEITURA INF.

DT. LEITURA 03/10/2019 05/11/2019

ÚLTIMOS CONSUMOS

201910 10-0

201909 12-0

201908 11-0

201907 10-0

201906 9-0

201905 15-0

MÉDIA 11

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M

AMOSTRAS CLORO TURBIDEZ COR C. TOTAIS E.COLI

EXIGIDAS 180 180 180 180 180

ANALISADAS 215 215 215 215 215

CONFORMES 215 215 215 215 215

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

11 M<sup>3</sup> 28,10

0,24

JUROS DE MORA 07/2019

TOTAL A PAGAR

28,34

VENCIMENTO:

15/12/2019



MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

337277

11/2019

15/12/2019

28,34

82660000000- 2 28340004001- 2 00033727701- 6 11201950003- 5



Via do Cliente

Via da AEP



**RORAIMA**  
ENERGIA

VISTA

Ligada em você

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA

VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

## RORAIMA ENERGIA

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4464959

**ANTONIO LOPES DA S FILHO**

R. SD PM JACINTO J S SI, 359

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
<b>539180</b>	<b>01/2020</b>	<b>20-DEC-19 a 22-JAN-20</b>
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
<b>1197</b>	<b>10-FEB-20</b>	<b>R\$ 969,04</b>

### 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

Ligada em você

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA

VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO

**539180**

MÊS

**01/2020**

TOTAL A PAGAR

**R\$ 969,04**

836500000093.690400750004.000000000539.918001200057





# ITAÚ - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEILSON RAMOS LIMA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 00000006160-4

---

Autenticação:

372543E8D4FA4964404147E055A61D216266127955726D7CBB8E1E70D40429CF

**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/BIBLIOTECAWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE S. MOPES  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 2943163821 / 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
GEINSON RAMOS LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 0034571525 / 33,  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GEINSON RAMOS LIMA,  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 0034571525 / 33, 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>R. SD. DM. JACINTO J DE S. SILVA</u>	Número:	<u>359</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CARANÁ</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69313572</u>
E-mail:	<u>LUANNA.50022471@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>95991168367</u>

Local e Data: BOA VISTA, 08 DE JUNHO DE 2020.

Assinatura do Declarante

# 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: GEILSON RAMOS HIMA 6 - CPF: 00345715233  
 7 - Profissão: TEC. ENFERMAGEM 8 - Endereço: R: JOSÉ RENATO HADAD 9 - Número: 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: PINTO LANDIA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316572  
 15 - E-mail: LUVANNA.SOUZA71@HOTMAILS.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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:  CONTA:  08160 4  
 (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, 08/06/2020.  
 Gibson Ramos

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NIR

transf 14/10/11/20



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

NIR

3 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Geilson Ramos

6 - Nº DO PRONTO-URGÊNCIA

176889

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704202779721785

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/09/90

9 - SEXO

Masc.  1Fem.  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria dos Reis de Souza Ramos

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

Rua Renato Haddad - 1551 - Pintabanda

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BJ

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RJ

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Frot ex posta de fredo

Dr. J. S. L.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tto arugo

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Dr. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto. Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO

Certifico que é fio que a presente  
côpia é fio Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ET + Ro

21 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

HNC + Ostossíntese

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Jonathas C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RR 15014372

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

( ) CNS ( ) CPF

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO-EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0408020385

5424  
1299





BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 17/01/20 O.S.

Gelson Tonas, Jma

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frx Esoposta de unho distal D

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: LMC + Osteossíntese

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Jonathan 1º auxiliar: Dado  
2º auxiliar: INSTRUMENTADORA:  
3º auxiliar: ANESTESIA:  
ANESTESISTAS: Fabrav ANESTÉSICO:  
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

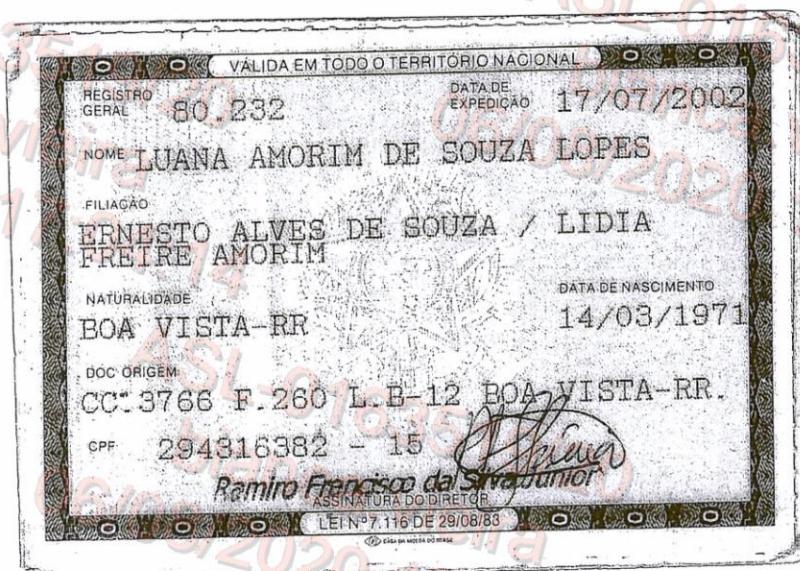
## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 Pte em 2011 sob anestesia  
Antissepsia + Assepsia
- 2 Ampliação de incisão post c/ duração  
transfixa cipital
- 3 LMC exaustiva c/ duração
- 4 Ressecção parcial dos fragmentos  
c/ 03 fios de Kirschner
- 5 Controle hemodinâmico
- 6 Instalação de frouxos triciclos  
c/ colarinho
- 7 Ciratifs

Dr. Jonathan C. Lopes  
Médico Traumatologista











# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163519/20

Vítima: GEILSON RAMOS LIMA

CPF: 003.457.152-33

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

Data do acidente: 12/01/2020

Titular do CPF: GEILSON RAMOS LIMA

## 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

**GEILSON RAMOS LIMA : 003.457.152-33**

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: 11/06/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200210672      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEILSON RAMOS LIMA      **Data do acidente:** 12/01/2020      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/06/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE ÚMERO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG.3/4\_CIRURGIA

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: GEILSON RAMOS LIMA

Identidade: 3387151 SSP/RR CPF: 003.457.152-33

Naturalidade: BOA VISTA/RR Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO Profissão: TÉCNICO EMFERMAGEM

Endereço: RUA JOSÉ RENATO HADAD, 1551 – PINTOLÂNDIA / CEP: 69.316-752

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA Identidade: 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÁ

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: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 06 de fevereiro de 2020.

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



Dr. Fábio Severino de Sousa Júnior  
Tabelião Substituto  
Cartório Loureiro