

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115084

Vítima: EDWILSON ALVES DE MEDEIROS

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDWILSON ALVES DE MEDEIROS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **EDWILSON ALVES DE MEDEIROS**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **000000151219-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 32324820234
 4 - Nome completo da vítima: EDWINSON ALVES DE MEDEIROS

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

5 - Nome completo: EDWINSON ALVES DE MEDEIROS
 6 - CPF: 32324820234
 7 - Profissão: ELETRICISTA
 8 - Endereço: AV SÃO JOAQUIM
 9 - Número: 106
 10 - Complemento:
 11 - Bairro: SÍTULO LEITE
 12 - Cidade: BOA VISTA
 13 - Estado: RR
 14 - CEP: 69314342
 15 - E-mail: LUANNA.SOUZ22A71@HOTMAIL.com
 16 - Tel (DDD): 95991168367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
 18 - CPF do Representante Legal:
 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
 ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 ☐ CONTA: 00151219 ☐
 (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:
 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não
 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:
 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, 11/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038875/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/11/2019 08:18

Data/Hora Fim: 05/11/2019 08:42

Origem: Polícia Judiciária Data: 05/11/2019

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 26/10/2019 13:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: São Joaquim

Complemento: Cruzamento com a Avenida Mário Homem de Melo

Ponto de Referência: Divisa dos Bairros Alvorada e Dr. Silvio Leite

Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Alvorada

Natureza

1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO
AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDWILSON ALVES DE MEDEIROS (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 01/11/1972

Profissão: Eletricista

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Francisca Alves dos Reis

Nome do Pai: Coriolano José de Medeiros

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 323.248.202-34

RG - Carteira de Identidade: 88.563

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av.: São Joaquim

Complemento: Casa

Bairro: Dr. Silvio Leite

Telefone: (95) 99124-6177 (Celular)

Nº: 106

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Proprietário, Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 05/11/2019 08:42
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038875/2019

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 05.067.851/0001-75

Renavam 00786229039

Número do Chassi 9C2JC30103R007875

Cor PRATA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAL-7568

Número do Motor JC30E13007875

Ano/Modelo Fabricação 2003/2002

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Edwilson Alves de Medeiros

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 01832510058), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta também descrita acima e que está em nome da empresa EPTUS DA AMAZÔNIA LTDA. Que teve sua preferencial invadida por outra motocicleta, ocasionando à colisão. Que ambos os condutores sofreram lesões, sendo que o comunicante foi removido para o HGR e o condutor da motocicleta ocasionadora foi liberado ainda no local pelos atendentes daquele serviço de resgate. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE, QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

Edwilson Alves de Medeiros

Edwilson Alves de Medeiros
(Envolvido / Comunicante / Vítima)

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDWILSON ALVES DE MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000151219-9

Nr. da Autenticação 2B1CDE4AB4BCDE7B



Para contato conosco informe este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - 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 Imposto autorizada pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 003669232
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	11/10/2019	603	493,84

MARINO JORGE COSTA
AV. SÃO JOAQUIM 106 DR. SILVIO LEITE
CPF: 00023639130359

ROT: 11.001.19.06.158400

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	41995	Atual:	17/09/2019
Anterior:	41392	Anterior:	20/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	17/10/2019
Consumo Medido:	603	Emissão:	16/09/2019
Consumo Faturado:	603	Apresentação:	17/09/2019
Perda de Aquecimento		Perda de Medição	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
01 - ILUMINACAO	BT	11.001.19.06.158400			479

HISTÓRICO KWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 343	CONSUMO 603 A R\$ 0,766106 = 461,96
JUL/19 402	ILUMINACAO PUBLICA 31,88
JUN/19 332	
MAI/19 498	
ABR/19 508	
MAR/19 459	
FEV/19 386	
JAN/19 389	
DEZ/18 351	
NOV/18 482	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 602 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R\$
07/2019	339,28
08/2019	409,53
09/2019	334,78
Há mais 1 conta(s)	

LIGUE 0800/619120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 B 21 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:		Base de Cálculo:	
Energia:	118,45	Alíquota ICMS:	461,96
Transmissão:	251,19	Valor do ICMS:	17,00%
Encargos:	0,00	Valor do PIS:	78,53
Tributos:	13,04	Valor do COFINS:	0,10

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIE		PIV		DSAC		DRPI
	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal
Contas em dia	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
Contas em atraso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

FLORESTA



SEU CÓDIGO 07/2019 TOTAL A PAGAR - R\$

0053213-4	493,84
MÊS FATURADO	VENCIMENTO

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,
CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDWINSON ALVES MONTEIRO inscrito(a) no CPF sob o nº 323.248.202.34 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima EDWINSON ALVES MONTEIRO inscrito (a) no CPF sob nº 323.248.202.34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 11/02/2020
Local e Data

Luanna Amorim de Souza Lopes
Assinatura do Declarante

Ortopedia

Dr. M. M. M.

trauma contuso em
punho E

CD 2 AWE 3 - Amalgam

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964





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

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

1901178905

27/10/2019 09:51:27

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

8

Paciente **EDWILSON ALVES DE MEDEIROS** Data Nascimento **01/11/1972** Idade **46 A 11 M 26 D** CNS **700004312166204** CPF **32324820234** Prontuário

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 88563 SSP-RR 04/10/2000 M PARD A BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe **FRANCISCA ALVES DOS REIS**

Endereço

RUA - RUA ZULDIMAR SARAIVA DE PINHO - 95 - JARDIM CARANA - BOA VISTA - RR

Pai **CORIOLANO JOSE DE MEDEIROS**Contato **(95) 99124-6177**Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

OUTROS

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

LEANDRO

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

*Doença sem sintoma de trauma contuso sem feridas
RX suscitando FX de vertebra T12*

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Fratura de T12 + Alta

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Dr. Fernando Rezende

Médico

CRM-RR 2007

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☐ Transferência para:☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leandro
Data Hora: 27/10/2019 09:51:56



1901178905

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

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1294695977

NOME
EDWILSON ALVES DE MEDEIROS



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR AF
88563 SSP RR

CPF
323.248.202-34

DATA NASCIMENTO
01/11/1972

FILIAÇÃO
CORIOLANO JOSE DE
MEDEIROS
FRANCISCA ALVES DOS
REIS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB
A2

SP REGISTRO
01832510058

VALIDADE
12/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
18/12/1995

OBSERVAÇÕES

Edwilson Alves de Medeiros

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
12/08/2016

LIAZ. EXPEDIENTE LIAZ. DE CASTILHO
DIRETOR PROVISÓRIO RORAIMA
ASSINATURA DO EMISSOR

29255179188
RR208942548

PROIBIDO PLASTIFICAR
1294695977

DETRAN-RR (RORAIMA)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200115084 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDWILSON ALVES DE MEDEIROS **Data do acidente:** 26/10/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PUNHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

Consulta de Veículos na Base Local

ATENÇÃO! Veículo com restrição Judicial

Consulta Local por Placa: NAL7568

Situação: 1-EM CIRCULACAO

DADOS DO VEICULO

Placa: NAL7568 Chassi: 9C2JC30103R007875 Renavam: 00786229039 Remarcado(S/N): N
Município: 00301-BOA VISTA Marca/Mod: 002805-HONDA/CG 125 TITAN KS
Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSEIRO
Categoria: 01-PARTICULAR - Combustível: 02-GASOLINA Ano Mod/Fab: 2003 / 2002
Cor: 10-PRATA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0124
Carroceria: 999-NAO APLIC. Nº Motor: JC30E13007875 Nº Câmbio:
Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico: Selo Idoso:
Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 04/10/2019 Taxi: NAO
Ano Último CRLV Emitido: 2006 Ano Último Licenciamento: 2006 - Autorizado em 13/12/2017

Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: EPTUS DA AMAZONIA LTDA CPF/CNPJ: 05.067.851/0001-75
Endereço: AV CAP JULIO BEZERRA Nº: Bairro: CENTRO
Complemento: 327 SL 108 B Cidade: BOA VISTA Cep: 69301410
Data Aquisição 0km: 05/08/2002 Valor 0km: 3957,00
Data Transferência: 13/12/2006 Valor: 2300,00 Nº Doc. Aquisição:

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: COMERCIAL J V S LTDA CPF/CNPJ: 01.391.666/0001-80
Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO


Data CRV: 26/02/2007 Nº CRV: ***** Data CRLV: 19/12/2006 Nº CRLV: 6996565662

RESTRIÇÕES

04-RESTRICAO JUDICIAL

Observações: Nº Restrição:
Data Limite Rest Tributária: // Doc. Restrição Tributária:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091235/20

Vítima: EDWILSON ALVES DE MEDEIROS

CPF: 323.248.202-34

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 26/10/2019

Titular do CPF: EDWILSON ALVES DE MEDEIROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

EDWILSON ALVES DE MEDEIROS : 323.248.202-34

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: 12/03/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: EDWILSON ALVES DE MEDEIROS

Identidade: 88.563 SSP/RR **CPF:** 323.248.202-34

Naturalidade: BOA VISTA/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO **Profissão:** ELETRICISTA

Endereço: AV SÃO JOAQUIM, 106 – SILVIO LEITE / CEP: 69.314-342

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

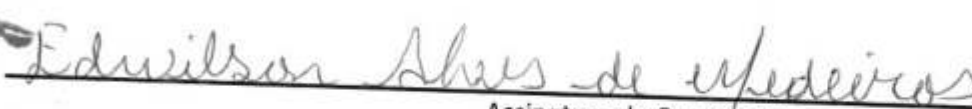
Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

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

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

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, 6 de novembro de 2019.


Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício da Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
R. Acácio Tavares, 4887 - Açaí Branca - Boa Vista/RR
Fulcia@cartorio2ooficio.com.br

1671215dfccbi32c7e8
Reconheço por VERDADEIRA (sua) firma(s)
"EDWILSON ALVES DE MEDEIROS"

Em testemunho da verdade EVBO
De que deu fé, Boa Vista-RR, 20 de dezembro de 2019.
Consulte o(s) seu(s) abaixo em cidadeoportal.com.br
REC.FR160296ZF1Z43K1GKXKTFK59

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELOR: R\$ 1,49 Total: R\$ 4,50


Thara Cavallini Barbosa dos Santos
Recebeu em Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091235/20

Vítima: EDWILSON ALVES DE MEDEIROS

CPF: 323.248.202-34

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 26/10/2019

Titular do CPF: EDWILSON ALVES DE MEDEIROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

EDWILSON ALVES DE MEDEIROS : 323.248.202-34

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: 12/03/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO