

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <b>EDWINSON ARAUJO DE MEDEIROS</b>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	<b>EDWINSON ARAUJO DE MEDEIROS</b>		6 - CPF:	32324820234
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	11 - Bairro:
ELETROICISTA	AV SÃO JOAQUIM	106		SILVEIRA NEITE
12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	15 - E-mail:	16 - Tel (DDD):
BOA VISTA	RR	69314342	LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM	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"/> RECUSO 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0653**

CONTA: **001512199**

(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 Lider 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 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):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varônscor)? <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:
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado						

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **BOA VISTA, 11/02/2020**

**Edwinson Araujo de Medeiros**

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  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

581687

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 à 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

EN VOLVIDO(S)

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

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 01/11/1972  
Profissão: Eletricista  
Estado Civil: Casado(a)  
Escolaridade: Ensino Médio Completo

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 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR , EN VOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) EN VOLVIDO(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

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: 038875/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 05.067.851/0001-75	Placa NAL-7568
Renavam 00786229039	Número do Motor JC30E13007875
Número do Chassi 9C2JC30103R007875	Ano/Modelo Fabricação 2003/2002
Cor PRATA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS
Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Edwilson Alves de Medeiros	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  
Matr. 42000908

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 só eu (a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Arts. 339-Denúncia Celulosa 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

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Enzo Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR  
CNPJ: 02.341.479/0001-44 | insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1  
Regime especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato  
conosco informe  
este número

SEU CÓDIGO

0053213-4

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 SAO JOAQUIM 106 DR. SILVIO LEITE  
CPF: 00023639130359

CEP: 69.314-342 – BOA VISTA	ROT: 11.001.19.06.158400
DADOS DA LEITURA	kWh
Atual:	41995
Anterior:	41392
Constante de Multiplicador:	1.000
Consumo Medido:	603
Consumo Faturado:	603
FEAM	
Plano de Faturamento	FORMATO
	Plano de Faturamento
	União do Consumo

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BT	11.001.19.06.158400	1	1.2	461,96
HISTÓRICO kWh					
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 SDN TRIBUTOS:					
	8 R 603 - 0,634620				

#### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R\$
07/2019	339,13
03/2019	409,55
07/2019	334,78
Ho-mais	1 Conta(s)

LIGUE 08007618120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

#### RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:		Base de Cálculo:	
Energia:	118,45	Aliquota 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

	EBC		PVC		EDC		OFCR	
	Mensal							
2019								
Residencial	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Comercio	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

FLORESTA

ROT: 11.001.19.06.158400  
**RORAIMA  
ENERGIA**

SEU CÓDIGO

0053213-4

07/2019 TOTAL A PAGAR - R\$

MES FALTADO

493,84

VENCIMENTO



RORAIMA ENERGIA  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA  
VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

http://www.roraimaenergia.com.br/segundavia/fatura.

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



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

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 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 LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDWINSON ANUES MONTEIRO inscrito(a) no CPF sob o nº 32324820234 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima EDWINSON ANUES MONTEIRO inscrito (a) no CPF sob nº 32324820234, 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.souzza71@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367	

Boa Vista-RR, 13/02/2020

Local e Data

  
Assinatura do Declarante

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

1<sup>ª</sup> Classificação Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.:

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.:

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.:

1901178836 26/10/2019 13:51:14

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 28

Paciente **EDWILSON ALVES DE MEDEIROS** Data Nascimento **01/11/1972** Idade **46 A 11 M 25 D** CNS **700004312166204** CPF **32324820234** Prontuário  
 Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **SSP-RR** Data Emissão **04/10/2000** Sexo **M** Estado Civil **PARDA** Raça/Cor **BOA VISTA - RR** Naturalidade **Nacionalidade BRASILEIRA**  
 Identidade **88563** Mãe **FRANCISCA ALVES DOS REIS** Pai **CORIOLANO JOSE DE MEDEIROS** Contato **(95) 99124-6177**  
 Endereço **RUA - RUA ZULDIMAR SARAIVA DE PINHO - 95 - JARDIM CARANA - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco **Plano Convênio** N° da Carteira **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Validade **Profissional do Atend.** Autorização **Caráter do Atendimento** Sis Prenatal  
 Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Profissional do Atend. **URGÊNCIA** Procedência **Setor** **GRANDE TRAUMA** Procedimento Sol. **Temp.** **Peso** **Pressão**  
 Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Registrado por: **ELIENE**

## Queixa Principal

Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

## Anamnese de Enfermagem

**GSC**  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 **TOTAL**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

## Exame Físico

## Hipótese Diagnóstica

## SADT - Exames Complementares

RAIO-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

## PRESCRIÇÃO

## APRAZAMENTO

05/10/2019  
05/10/2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Pk 270 70451-1200  
2019

## Conduta

Alta por Decisão Médica  
 Alta à Pedido  
 Alta a Revelia  
 Transferência para:

*Pablo Geraldo Estrela Júnior*  
Médico CRM 1908

Ambulatório  
 Observação (Até 24h)  
 Internação  
 Data e Hora da Saída/Alta:

30/10/2019  
Sheila  
Certifico que é esta a presente  
cópia e não tenho o original  
que foi apresentado neste Hospital

## Óbito

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomia Patológica

## Assinatura do Paciente ou Responsável

## Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eliene  
Data Hora: 26/10/2019 13:52:06

2019  
SOFTECH - Soluções em Tecnologia  
Versão: 4.2.00 - 01.04.00



Ortopedista Dr. M. M. M. M.  
trauma contuso em  
punto E  
Dr. A. N. E. S. Andrade

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Presidente  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RR 1964





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

1<sup>ª</sup> 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 09:51:23

**FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA**

DIURNO 07-19 8

EDWILSON ALVES DE MEDEIROS  
 Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão  
 IDENTIDADE 88563 SSP-RR 04/10/2000  
 Mãe FRANCISCA ALVES DOS REIS  
 Endereço RUA - RUA ZULMERA  
 Data Nascimento 01/11/1972  
 Idade 46 A 11 M 26 D  
 CNS 700004312166204  
 Sexo M Estado Civil P  
 Raça/Cor PARDA  
 Naturalidade BOA VISTA - RR  
 Nacionalidade BRASILEIRA  
 Pai CORIOLANO JOSE DE MEDEIROS  
 Contato (95) 99124-6177

MUNICÍPIO: CARAÍVA DE PINHO - 95 - JARDIM CARANA - BOA VISTA - RR					Ocupação <b>NÃO INFORMADA</b>
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>		Procedência	Temp.	Peso
OUTROS	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.			Pressão
Setor	<b>URGÊNCIA</b>				
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		
Queixa Principal	<b>DEMANDA ESPONTANEA</b>			Registrado por: <b>LEANDRO</b>	
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

Carimbo e Assinatura do Médico



# 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

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## Consulta de Veiculos na Base Local

ATENÇÃO! Veiculo 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-PASSAGEIRO  
 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 N° Motor: JC30E13007875 N° 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 N°: 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 N° 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 N° CRV: \*\*\*\*\* Data CRLV: 19/12/2006 N° CRLV: 6996565662

## RESTRIÇÕES

## 04-RESTRIÇÃO JUDICIAL

Observações: N° 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/10/2019

**Titular do CPF:** EDWILSON ALVES DE MEDEIROS

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](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: 12/03/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

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 - 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, 6 de novembro de 2019.

Edwilson Alves de Medeiros

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

Cartório da 2ª Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Antônio Taunay, 6887 - Asa Branca - Boa Vista/RR  
Fone: (65) 32.67-6129  
E-mail: [tblionho@bol.com.br](mailto:tblionho@bol.com.br)

Em testemunho da verdade, B.V.R.D.  
De que dou fô. Boa Vista/RR, 20 de dezembro de 2019.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em [cidadao.portalsefaz.com.br](http://cidadao.portalsefaz.com.br)  
RECFIR150295ZP1Z43K1GXKTFK39

Envolvimento: R\$ 2,45 Fundo ISS: R\$ 0,58 SELO: R\$ 1,49 Total: R\$ 4,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091235/20

**Vítima:** EDWILSON ALVES DE MEDEIROS

**CPF:** 323.248.202-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/10/2019

**Titular do CPF:** EDWILSON ALVES DE MEDEIROS

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## 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](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: 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