



GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA, PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME: André Modesto

O paciente, Francisco Félix de Sa, é filha de
acidentado n.º (28/04/2021) e/é paciente
n.º n.º (E) fez tratamento com medicação e
tratamento no ato (D) e tratamento de fisioterapia
(D) fez tratamento com medicação.
Agora com medicação e fisioterapia, treinamento
dejor de 3 meses de acident. (30/10/2021)
Atividade que é feita todo dia ao lado
de seu professor de educação física (M)
Prestador de serviços é (M)
Atletas em pleno uso de 4º Sócio (I) Fisioterapeuta (D)

M. Segundo de Freitas de Souza (D) CID/ICD-10: S42 S62
Segundo de Freitas mod (D) (Fibrofáscite e Fibromialgia)
DATA: 12/10/2022

ASSINATURA E CARMIMBO 5000
Carlos Belarmino de C. Góes
Enfermeira / Iraqueia-Acupuntura
001.00.649

Av. General Ataíde Teive nº 6459 – Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 – Boa Vista – Roraima - Brasil
(0xx95) 98404-9631

Relatou que o problema de pressão é devido ao mal n.º (E)
e sente dor no lado esquerdo. O problema de pressão nasceu
devido ao mal n.º (E).

Visite



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

1ª Classificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

| | | | | | | | |
|---|--|------------------------|-------------------|--|--------------|--------------|---------------|
| 2001238581 | 28/04/2020 13:15:33 | FICHA DE ATENDIMENTO | | TRAUMATOLOGIA | DIURNO 07-19 | 8 | |
| Paciente | | Data Nascimento | Idade | CNS | CPF | Prontuário | |
| FRANCISCO FELIX DE SOUZA | | 06/04/1957 | 63 A 0 M 22 D | 701201034988116 | 10097937304 | 00056857 | |
| Tipo Doc | Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo | Estado Civil | Raça/Cor | |
| IDENTIDADE | 1076770 | SSPPA | 10/07/6770 | M | CASADO(A) | PARDA | |
| Mãe | VICENTE FELIX CORREIA | | | | | Naturalidade | |
| FRANCISCA N. DE SOUZA CORREIA | | SAO LUIS - MA | | | | | Nacionalidade |
| Endereço | VICENTE FELIX CORREIA | | | | | Contato | |
| AVENIDA - GENERAL ATAIDE TEIVE - 2785 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR | | | | | | | Ocupação |
| NÃO INFORMADA | | | | | | | |
| Class. de Risco | Plano Convênio | | Nº da Carteira | Validade | Autorização | | Sis Prenatal |
| SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | | | | | | |
| Motivo do Atendimento | Caráter do Atendimento | Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão | |
| ACIDENTE DE MOTO | URGÊNCIA | | | | | | |
| Setor | Tipo de Chegada | | Procedimento Sol. | Registrado por: | | | |
| GRANDE TRAUMA | DEMANDA ESPONTÂNEA | | | AURELIANO.ALEXANDRE | | | |
| Queixa Principal | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | | | | GSC | TOTAL | | |
| | | | | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h) | | | | | | | |
| Acidente no moto, com dor em ambos os joelhos e dor no lado esquerdo | | | | | | | |
| Exame Físico | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RAID-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ | | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO | | | | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO | | |
| ① Doloroso jo (E) → 13:40 ② Doloroso jo (E) → 13:40 | | | | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Nova Rua CEP 69010-060 | | | |
| | | | | AUTORIZAÇÃO 2 - MMF 7991 | | | |
| | | | | Certifico que o paciente é resente de alta e deve permanecer no hospital que foi admitido na noite Hospital | | | |
| Conduta | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: O RIO P891A | | | | <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/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: aureliano.alexandre Data Hora: 28/04/2020 13:17:52 | | | | | | | |
|  2001238581 | | | | | | | |

Às 14:30

Arvado paciente vítima de trauma em
ombro direito e mão Esquerda

AV: Cr fratura de 5º falange distal da
mão Esquerda e 4º falange distal da mão
Esquerda. Urvicula direita com fratura

CO: - Redução de 5º falange
- colocação de T-POIC
- Rx de controle com sua redução

CD: Acampanamento em ambulatório

Int: Dr. Rogério

Assist: :


Locomir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292604 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FELIX DE SOUZA **Data do acidente:** 28/04/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA E FRATURA DE 4º E 5º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS

Descrição do exame físico: APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM REGIÃO CLAVICULAR DIREITA, DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E ABDUÇÃO DO BRAÇO DIREITO, ATROFIA EM REGIÃO PALMAR DA MÃO ESQUERDA E ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM 4º E 5º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS COM COMPROMETIMENTO DA PREENSÃO PALMAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: REALIZOU IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA EM OMBRO DIREITO E TALA EM MÃO ESQUERDA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO E MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/08/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA EM OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO E MÃO ESQUERDA EM GRAU MODERADO.

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 funcional completa de uma das mãos | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 47,5 % | R\$ 6.412,50 |

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

| | |
|---|---|
| Número do sinistro: | 3200292604 |
| Nome do(a) Examinado(a): | FRANCISCO FELIX DE SOUZA |
| Endereço do(a) Examinado(a): | AVENIDA GENERAL ATAÍDE TEIVE, 2785, LIBERDADE |
| Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: | 100.979.373-04 |
| Data e local do acidente: | 28/04/2020 - BOA VISTA RR |
| Data e local do exame: | BOA VISTA/RR, 31/08/2020 |

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA DA CLAVICULA D + 4/5 QUIRODACTILOS DA MÃO ESQUERDA

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ USO DE TIPÓIA POR 30 DIAS + TALA EM MÃO ESQUERDA; NÃO FEZ FISIOTERAPIA; ALTA EM JUNHO DE 2020

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

OMBRO D: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM REGIÃO CLAVICULAR D + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE EXTENSÃO/ABDUÇÃO/ELEVAÇÃO
MÃO E: ALTERAÇÃO ANATOMICA NO 4/5 QUIRODACTILOS COM COMPROMETIMENTO DA APREENSÃO + ATROFIA EM REGIÃO PALMAR

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

OMBRO D: COMPROMETIMENTO EM GRAU MODERADO

MÃO E: COMPROMETIMENTO EM GRAU MODERADO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): OMBRO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): MÃO ESQUERDA

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


Dr. Regina Claudia Reboucas MenDES AlHO
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Francisco Felix de Souza
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Cofiturante RG: 3076470 CPF: 100.979.373-04
ENDERECO: Av. General Ataide Teive nº 2745 Liberdade
VÍTIMA: Francisco Felix de Souza
CPF: 100.979.373-04 DATA DO ACIDENTE: 28/09/2020
NATUREZA: () DAMS INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: DENILZE CORREA DANTAS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
PROFISSÃO: EMPRESÁRIA RG: 3142655 SSP/RR CPF: 792.657.152-00
ENDERECO: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista-RR 05 de Maio 2020



Francisco Felix de Souza
Assinatura

Obs. – Reconhecimento por autenticidade.



Cartório do 2º Ofício de Boa Vista-Roraima
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataíde Teive, 4501 - Bairro Centro - Boa Vista-RR
Fone: (65) 3427-4122
Tabelionatoaqua@cartorio2boavista.com.br



Mariana Carvalho
Tabelião e Registrador
Av. Ataíde Teive, 4501 - Bairro Centro - Boa Vista-RR
Fone: (65) 3427-4122
Tabelionatocarvalho@cartorio2boavista.com.br

Em testemunha da verdade, RPO
De que dia 16.09.2020. Em nome da RPO
Consulte na internet: tbl2boavista.com.br
RECFIR1562296P3QZA1BOU1ZJYE06

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos ISS: R\$ 0,65 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0229455/20

Vítima: FRANCISCO FELIX DE SOUZA

CPF: 100.979.373-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/04/2020

Titular do CPF: FRANCISCO FELIX DE SOUZA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

FRANCISCO FELIX DE SOUZA : 100.979.373-04

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: 17/08/2020
Nome: FRANCISCO FELIX DE SOUZA
CPF: 100.979.373-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/08/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

FRANCISCO FELIX DE SOUZA

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0229455/20

Número do Sinistro: 3200292604

Vítima: FRANCISCO FELIX DE SOUZA

CPF: 100.979.373-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/04/2020

Titular do CPF: FRANCISCO FELIX DE SOUZA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

FRANCISCO FELIX DE SOUZA : 100.979.373-04

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.

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 18 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200292604

Vítima: FRANCISCO FELIX DE SOUZA

Data do Acidente: 28/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO FELIX DE SOUZA

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, contados 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 24 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200292604

Vítima: FRANCISCO FELIX DE SOUZA

Data do Acidente: 28/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO FELIX DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

| | |
|----------------------------------|---|
| Comprovante de residência | Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado. |
|----------------------------------|---|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 27 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200292604

Vítima: FRANCISCO FELIX DE SOUZA

Data do Acidente: 28/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO FELIX DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

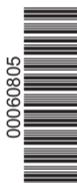
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200292604 **Vítima: FRANCISCO FELIX DE SOUZA**

Data do Acidente: 28/04/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FELIX DE SOUZA

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\$ 6.412,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO FELIX DE SOUZA

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000006433-2

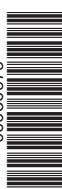
Tipo: CONTA POUPANÇA

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.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

100.979.373-04

4 - Nome completo da vítima:

Francisco Felix de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Francisco Felix de Souza

6 - CPF:

100.979.373-04

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Av. General Ataíde Tuve

9 - Número:

2105

10 - Complemento:

11 - Barro:

Liberdade

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.309-000

15 - E-mail:

ludibranvito.pendencia@hot-mail.com

16 - Tel.(DDD):

(65) 94117-5392

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 6433

(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)

CONTA:

(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 da Seguradora Lider 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

PERMANENTE
MORTE
NÃO ALFABETIZADO
TESTEMUNHAS

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?

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/evós vivos?

Sim Não

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

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista-RR

de Julho 2020

Francisco Felix de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014493/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/04/2020 15:57 Data/Hora Fim: 28/04/2020 16:32
Delegado de Polícia: Alexandre Henrique de Matos Lima

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 28/04/2020 12:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Buritis

Logradouro: AV DOS IMIGRANTES C/RUA FELIPE XAUD

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|---------------------------------------|----------------------|
| 1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA | Não Houve |

ENVOLVIDO(S)

| |
|--|
| Nome Civil: FRANCISCO FELIX DE SOUZA (ENVOLVIDO) |
| Nome Civil: FRANCISCO CESENILSON DA SILVA CESAR (ENVOLVIDO) |
| Nome Civil: JOSÉ DA SILVA FIGUEREDO (COMUNICANTE) |

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem informar que foram acionados pela central CIOPS, para atendimento de uma ocorrência de acidente de trâfego com danos materiais e lesão corporal no endereço acima, que ao chegar no local do sinistro, conforme constatado no NAN 5B33, regularmente na Av. dos Imigrantes sentido Rua Manoel Felipe, quando no cruzamento com a Rua Felipe Xaud foi interceptado pelo condutor o senhor (FRANCISCO FELIX), que trafegava sua motocicleta HONDA/NRX BROS COR VERMELHA E PLACA NAN 5B33, regularmente na Av. dos Imigrantes sentido Rua Manoel Felipe, quando no cruzamento com a Rua Felipe Xaud PLACA NAN-5833 - na Rua Felipe Xaud sentido bairro centro, que no cruzamento existe placa de regulamente R-2, que o condutor da motocicleta o senhor (FRANCISCO FELIX) foi socorrido pela equipe do SAMU e encaminhado ao PS, que foi acionada a perícia no local. Era o que tinha a comunicar

ASSINATURAS

Arlen Silva Teles

Agente Administrativo

Matrícula 40003246

Responsável pelo Atendimento

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDERECO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 3681/2020 - Registrado em: 27/05/2020 às 11h 26min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 28/04/2020 às 16h 32min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: AVENIDA DOS IMIGRANTES

Nº: 0000

CEP:

Bairro: BURITIS

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

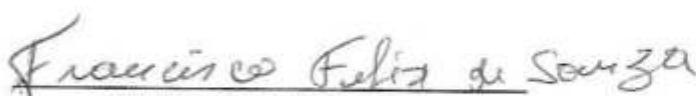
FRANCISCO FELIX DE SOUZA(63), nascido(a) em 06/04/1957, sexo MASCULINO, casado(a), CPF Nº 100.979.373-04, País: BRASIL, natural de SAO LUIS-MA, filho(a) de FRANCISCA NEUZA DE SOUZA CORREIA e , endereço: AVENIDA GENERAL ATAIDE TEIVE, Nº: 2785, bairro: LIBERDADE, BOA VISTA-RR, Telefone: .

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE VEM COMPLEMENTAR O BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 014493/2020, E O ROP Nº 812146, INFORMAR QUE SE ENCONTRAVA NA MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ESD DE PLACA NAV-1469, CHASSI Nº 9C2KD0540DR159865 E PROPRIEDADE DE ROBSON FELIX DE SOUZA.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000887
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


FRANCISCO FELIX DE SOUZA
COMUNICANTE

| | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------|------------------|-------------------|----------------|---------------|----------------|
| VW 027 | SUCP CIPTUR | Data 28/04/2020 | S/Setor LESTE | H/Transm 12.35 | H/ini 12.35 | CH/H 12:40 | H/Fim 14:30 |
| Cod. Or 1001, 1003 | Cod. Prov 13005, 13006, 13999 | Cod. Ser. Prest XXXXXXX | Km/Ini 49891 | Km/Fim 49900 | | | |

LOCAL DA OCORRÊNCIA

LOCAL AV. DOS IMIGRANTES C/ RUA FELIPE XAUD

Bairro: BURUTIS

Ref.: CRUZAMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO Nome: **FRANCISCO FELIX DE SOUZA** Idade: 62 E. Civil: CASADO
 Endereço: AV. GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2785, BAIRRO LIBERDADE
 Edt. R.G 1076770SSP/PA CNH 02380888477 Profissão: AUTÔNOMO
 CPF 10097937304 TEL 991446624

2 ENVOLVIDO Nome: **FRANCISCO CESENILSON DA SILVA CÉSAR** Idade: 30 E. Civil: CASADO
 Endereço: RUA CLARICE MELO CABRAL Nº 1740, BAIRRO UNIÃO
 Edt. R.G 3400840 SSP/RR CNH 04183849430 Profissão: AUTÔNOMO
 CPF 98378570215 TEL 991695058

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

V-1 VW GOL COR VERMELHA PLACA NAN5B33

V-2 MOTOCICLETA HONDA NXR BROS COR VERMELHA PLACA NAV1469

DANOS: CONFORME LEVANTAMENTO DA PERICIA.

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): NÃO FOI APRESENTADO MATERIAL E/OU CONDUZIDOS.

ASSINATURA

S. Tito

CARGO

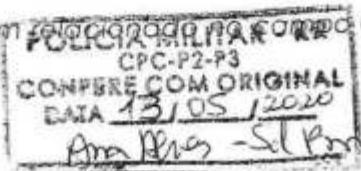
LOCAL

20/04/2020

Senhor delegado (a):

HISTÓRICO

Fomos acionados via CIOPS para atendimento de uma ocorrência de acidente de trânsito com danos materiais e lesão corporal no endereço supracitado. Ao chegarmos ao local foi constatado o sinistro. Conforme constatado no local, o condutor relacionado no campo 01 (senhor **FRANCISCO FELIX**) trafegava regularmente na Avenida dos Imigrantes sentido Rua Manoel Felipe, quando no cruzamento com a Rua Felipe Xaud foi interceptado pelo condutor relacionado no campo 02 (senhor **FRANCISCO CESENILSON**) que trafegava na Rua Felipe Xaud sentido bairro centro. Que no cruzamento em que o condutor V-2 estava existia placa regulamentar tipo R-2. O condutor da motocicleta, senhor **FRANCISCO FELIX** foi socorrido pelo resgate do SAMU e encaminhado ao Hospital Geral de Roraima. A perícia foi acionada para o local onde foram realizados os procedimentos coordenados pelo perito ADONIS. Após os procedimentos feitos no local o veículo do relacionado no campo 01 ficou aos cuidados do senhor THALISON JOSÉ DE SOUSA SANTOS CNH 06975469540. O veículo do item 02 ficou



Era o que tinha a relatar

TOMAS DA SILVA FIGUEREDO

40.418-7
CADASTRO2ºSGT/PM
Posto/GraduaçãoCIPTUR
SUOp

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

100.979.373-04 Francisco Felix de Souza

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Número:

10 - Complemento:

Profissão:

8 - Endereço:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Barro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

17 - E-mail:

18 - Cidade:

19 - CEP:

20 - Tel.(DDD):

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 6433

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

CONTA: _____

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 da Seguradora Lider 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

PERMANENTE
MORTE
NÃO ALFABETIZADO
TESTEMUNHAS

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/evós vivos?
 Sim Não

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

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista-RR

de Julho 2020

Francisco Felix de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 03/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO FELIX DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 00000006433-2

Nr. da Autenticação E5598A2B6C8B8F5B

Matricula: 165719 Março/2020

Dados do Cliente:

FRANCISCO FELIX DE SOUZA

Endereço para entrega:

AV. GENERAL ALTAIDE TEIVE, 82785 - LIBERDA
DE BOA VISTA RR 69309-000

Inscrição

Rota

Seq.Rota

Quantidade de Economias

001.011.044.0206.000

9

5120

COMERCIAL

Hidrômetro

Data de Instalação

Situação Águas

Situação Esgoto

Y06L038212

12/05/2014

LIGADO

LIGADO

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

| | | | | |
|--------------|------|------|---|----|
| LEITURA FAT. | 3994 | 3994 | 0 | 31 |
|--------------|------|------|---|----|

LEITURA INF.

DT. LEITURA 15/02/2020 17/03/2020

ULTIMOS CONSUMOS

202002

0-38

202001

0-38

201912

0-38

201911

0-38

201910

0-38

201909

0-38

MÉDIA

0

| Quantidade de Águas Distribuídas ao Consumidor | | | | | |
|---|-------|----------|-----|----------|---------|
| Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição | | | | | |
| DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 C.M | | | | | |
| AMOSTRAGEM | CLORO | TURBIDEZ | COR | C. TOTAL | E. COLI |
| EXIGIDAS | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ANALISADAS | 214 | 214 | 214 | 214 | 214 |
| CONFORMES | 214 | 214 | 214 | 214 | 214 |

DESCRICAÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

0 m3 50,10

ESGOTO

80,0 % DO VALOR DE ÁGUA

40,08

VENCIMENTO:

15/04/2020

TOTAL A PAGAR

90,18



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP:69.306-610
FONE GERAL:2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 08/2020

VENCIMENTO: 15/09/2020

MATRÍCULA: 00016571.9

FRANCISCO FELIX DE SOUZA

AV GENERAL ATAIDE TEIVE, 02785

LIBERDADE

BOA VISTA RR 69309-000

INSCRIÇÃO: 001.011.044.0206.000

ROTA: 09.5120

| CATEGORIA COMERCIAL | ECONOMIAS 1 | HIDRÔMETRO Y06L038212 | VOL FATURADO 10 | DESCRIÇÃO REAL | Nº DA CONTA 17124689 |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------|
| DT. LEITURA ANT. 15/07/2020 | DT. LEITURA ATUAL 19/08/2020 | DIAS DE CONSUMO 35 | LEITURA ANT. 3994 | LEITURA ATUAL 3994 | MÉDIA 0 |
| MÊS/ANO 07/2020 | CONS. 0 | MÊS/ANO 06/2020 | CONS. 0 | MÊS/ANO 05/2020 | CONS. 0 |
| MÊS/ANO 07/2020 | CONS. 0 | MÊS/ANO 04/2020 | CONS. 0 | MÊS/ANO 03/2020 | CONS. 0 |
| MÊS/ANO 02/2020 | CONS. 0 | | | | |

| DESCRÍÇÃO | CONSUMO POR FAIXA | VALORES (R\$) |
|---------------------------------|-------------------|---------------|
| ÁGUA | 0 M3 | 50,10 |
| ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA | | 40,08 |

| | |
|---|------------------------|
| O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA. | TOTAL A PAGAR 90,18 |
|---|------------------------|

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO.

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL N° 5440/2005 G.M

| Amostras | Cloro | Turbidez | Cor | C. Totais | E. Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-----------|---------|
| Exigidas | | - | - | - | - |
| Analizadas | - | - | - | - | - |
| Em Conformidade | - | - | - | - | - |

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

| INSCRIÇÃO | MÊS/ANO | GRUPO | TOTAL A PAGAR | ROTA |
|----------------------|---------|-------|---------------|---------|
| 001.011.044.0206.000 | 08/2020 | 6 | 90,18 | 09.5120 |

82640000000-4 90180004001-5 00016571901-4 08202090003-9



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 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 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Lorréa Dantas
inscrito (a) no CPF/CNPJ 192.657.152,00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco Felix de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.979.373.04
do sinistro de DPVAT cobertura Incidente da Vítima Francisco Felix de Souza,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.979.373,04, 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>Av. General Ataíde Teixeira</u> | Número: | <u>274B</u> | Complemento: | <u>02</u> |
| Bairro: | <u>Arbadeade</u> | Cidade: | <u>Boa Vista</u> | Estado: | <u>RR</u> |
| Email: | <u>liderboavista.pendencia@hotmail.com</u> | CEP: | <u>69.309-000</u> | Tel (DDD): | <u>(65) 99117-5392</u> |

Local e Data:

Boa Vista - RR 21 de julho 2020

Denilze Lorréa Dantas

Assinatura do Declarante