



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

RECEITUÁRIO

NOME:

Carlos Medeiros

O paciente, Francisco Felix de Souza, vítima de  
acidente de moto (28/04/2020) e/ou fratura  
no mto (E) (fratura torácica compressão e  
trauma direto no cto (D) e/ou fratura do (torácico)  
(D) (fratura torácica compressão).

Após consolidação e/ou amplexo, tração  
depois de 3 meses do acidente. (30/01/2021)  
Cirurgia para de desloca do epômero  
do cto pulso de (epômero direito) (D)

Fratura do mto (D) (D)

Atividade física de 4 e 5 dias e/ou (fratura/braço)

M. Siqueira de Freitas do (torácico) (D) CID 10 S42 S62

Sigla do Fratur (mto) (E) (Fratura 4 e 5 e/ou Fratura mto)

DATA:

12/01/2021

ASSINATURA E CARIMBO

Carlos Eduardo de C. Guerra  
Ortopedia / Trauma-Acupuntura  
CRM 11.000.000

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

Realizar o tratamento de prevenção e/ou de fratura no mto (E)  
e/ou fratura do mto do cto e/ou de fratura do cto muscular  
e/ou de fratura (torácico) (D).

Vive



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

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

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

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

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

2001238581

28/04/2020 13:15:33

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 8

Paciente **FRANCISCO FELIX DE SOUZA** Data Nascimento **06/04/1957** Idade **63 A 0 M 22 D** CNS **701201034988116** CPF **10097937304** Prontuário **00056857**  
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **SSPPA** Data Emissão **10/07/6770** Sexo **M** Estado Civil **CASADO(A)** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **SAO LUIS - MA** Nacionalidade **BRASILEIRA**  
Mãe **FRANCISCA N. DE SOUZA CORREIA** Pai **VICENTE FELIX CORREIA** Contato **(95) 99144-6624**  
Endereço **AVENIDA - GENERAL ATAIDE TEVE - 2785 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

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

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_ h)

ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM OMBRO E  
COTOVELO DO LADO DIREITO

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

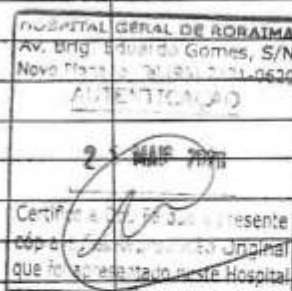
☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Analise de (R) 13:40  
2) Ultrassom de ombro e cotovelo (R)



Conduta

☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelia  
☒ Transferência para: **ORTOPEDIA**

☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☐ 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 14:50

Atende paciente vítima de trauma em  
ombro direito e mão Esquerda

Av: A fratura de 5º falange distal de  
mão Esquerda e 4º falange distal de mão  
Esquerda, Uvula direita com fratura

CD: - Redução de 5º falange  
- colocação de Típoia  
- Rx de controle com boa redução

CD: acompanhamento em ambulatório

Unf: DR. ROGÉRIO

Res: dent:

*Loamir Viana*  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2124

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto, AL 050-2111-0620
AUTENTICAÇÃO
21 MAR 2021
Certifico e autentico a presente cópia e a original Original que foi arquivado neste Hospital

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

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
905314502

NOME <b>DENILZE CORREA DANTAS</b>		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF <b>3142655 SSP RR</b>		
CPF <b>792.657.152-00</b>	DATA NASCIMENTO <b>08/03/1979</b>	
FILIAÇÃO <b>JOSE DE SOUZA CORREA</b> <b>EVANGELINA LOBATO DA SILVA</b>		
PERMISSÃO 	ACC 	CAT. HAB <b>3</b>
Nº REGISTRO <b>Q4953413311</b>	VALIDADE <b>20/08/2019</b>	Nº HABILITAÇÃO <b>31/05/2010</b>



OBSERVAÇÕES

*Denilze Correa Dantas*  
ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR  
905314502

LOCAL <b>BOA VISTA - RORAIMA</b>	DATA DE EMISSÃO <b>25/08/2014</b>
59564648026 RR207683212	
<i>Engilson Dantas Santos</i> Diretor - Presidente DETRAN RR ASSINATURA DO EMISSOR	

DETRAN-RR RORAIMA



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



RR

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1477142022



NOME  
FRANCISCO FELIX DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSORA  
1076770 SSP PA

CPF  
100.979.373-04

DATA NASCIMENTO  
06/04/1957

IRACIÃO  
VICENTE FELIX CORREIA  
FRANCISCA SOUZA DE  
SOUZA CORREIA

PERMISSÃO  
C

ACC  
C

CAT. A  
RD

Nº REGISTRO  
02380880477

VALIDADE  
15/08/2022

Nº HABILITAÇÃO  
10/06/2002

OBSERVAÇÕES  
A

*Francisco Felix de Souza*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA, RR

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARDIES  
DIRETOR PRECATORIO INTERIO  
DETRAN-RR

DATA DE EMISSÃO  
15/08/2017

43764788764  
RN209315934

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1477142022

RORAIMA

# 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 PREENSAO 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, PERMANECU 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) Nexa 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: Autônomo RG: 3076470 CPF: 100.979.373-04  
ENDEREÇO: Av. General Ataíde Teive nº 2785 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  
ENDEREÇO: 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.



Denilze Corrêa Dantas  
Barbosa dos Santos  
Escritoramente Autorizada

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0229455/20

**Vítima:** FRANCISCO FELIX DE SOUZA

**CPF:** 100.979.373-04

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 28/04/2020

**Titular do CPF:** FRANCISCO FELIX DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## 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](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: 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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 28/04/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO FELIX DE SOUZA

## 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](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.

---

**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

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



---

**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

**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, 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](http://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 - Nº do sinistro ou ASL: 100.979.373-04 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 Nº 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: 2485 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Liberdade 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 09.309-000  
15 - E-mail: lidercanista.pendencia@hotmail.com 16 - Tel (DDD): 19519117-5392

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 ☐ 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: 3027 CONTA: 6433 2  
(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 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

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 (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista-RR 21 de julho 2020

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 trânsito com danos materiais e lesão corporal no endereço acima, que ao chegar no local do sinistro, conforme constatado no local, o condutor o senhor (FRANCISCO FELIX), trafegava sua motocicleta HONDA/NRX BROS COR VERMELHA E PLACA NAN 5B33, regulamente na Av. dos Imigrantes sentido Rua, Manoel Felipe, quando no cruzamento com a Rua, Felipe Xaud foi interceptado pelo condutor o senhor (FRANCISCO CESENILSON), que trafegava em seu veículo VW/GOL VERMELHA DE 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 percia 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 assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 319-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima  
Impresso por: Rosana Jucara Vilaca Moreira  
Data de Impressão: 12/05/2020 11:27

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: 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

Logradouro: AVENIDA DOS IMIGRANTES

Bairro: BURITIS

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: 0000

CEP:

Tipo de local: VIA URBANA

**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 POLÍCIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

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

  
FRANCISCO FELIX DE SOUZA  
COMUNICANTE

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transp	H/Ini	CH/H	H/Fim
027	CIPTUR	28/04/2020	LESTE	12.35	12.35	12.40	14.30
Cod Or	Cod Prov	Cod Ser Prest	Km/Ini	Km/Fim			
1001, 1003	13005, 13006, 13999	XXXXXXX	49891	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.

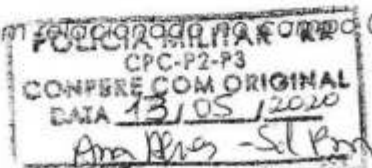
RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): NÃO FOI APRESENTADO MATERIAL E/OU CONDUZIDOS.		
ASSINATURA	CARGO	LOCAL
<i>Alfonso S. Tellez</i>	<i>Alfonso S. Tellez</i>	<i>2º DP</i>

Senhor delegado (a):

HISTORICO

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 existe 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 pericia 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 relacionado no campo 02 ficou aos seus próprios cuidados.

Era o que tinha a relatar



JOSE 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 - Nº do sinistro ou ASL: 100.979.373-04 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 Nº 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: 2455 10 - Complemento:

11 - Bairro: Liberdade 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 09.309-000

15 - E-mail: lidercanista.pendencia@hotmail.com 16 - Tel (DDD): 19519117-5392

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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 6433 2

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ 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

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 (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista-RR 21 de julho 2020

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: 000000006433-2

---

Nr. da Autenticação E5598A2B6C8B8F5B



001.011.044.0206.000  
RUA ESTADUAL 20.599-435-3  
RUA MELVIN JACOB, 218 - SÃO PEDRO - CEP. 68.265-210

Matrícula:

165719



ATERAMENTO  
CAE  
0800 280 9520  
WWW.CAE.BR

Março/2020

Dados do Cliente:

FRANCISCO FELIX DE SOUZA

Endereço para entrega:

AV GENERAL ATAIDE TEIVE, 82785 - LIBERDA  
DE BOA VISTA RR 69089-000

Inscrição

001.011.044.0206.000

Rota

9

Seq.Rota

5120

Quantidade de Economias

COMERCIAL

Hidrometro

Y06L038212

Data de Instalação

12/05/2014

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

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 0-30  
202001 0-30  
201912 0-30  
201911 0-30  
201910 0-30  
201909 0-30  
MEDIA 0

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5469 / 2005 G.M					
AMOSTRAGEM	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C.TOTAL	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
REALIZADAS	214	214	214	214	214
CONFORMES	214	214	214	214	214

DESCRICAO

CONSUMO TOTAL(R\$)

AGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

0 M3

50,10

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE AGUA

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

DESCRIÇÃO	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 Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
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



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 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 Invalidez 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>Cw. General Otáide Teuf</u>	Número: <u>274B</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Arboreda de</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>lidelbancista.pendencia@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.309-000</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data: Boa Vista - RR 21 de julho 2020

Denilze Correia Santos

Assinatura do Declarante