

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338198

Vítima: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000020000-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

040.541.932-50

4 - Nome completo da vítima:

BABELE EVANGELISTA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

BABELE EVANGELISTA DOS SANTOS

6 - CPF:

040.541.932-50

7 - Profissão:

ATENDENTE

8 - Endereço:

RUA HC 14

9 - Número:

367

10 - Complemento:

GRSA

11 - Bairro:

SENADOR HELIO CAMPOS

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-484

15 - E-mail:

SANTAMARCIA@GMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

19519919-3685

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3906

CONTA:

20.000

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (a) (ver rascunho)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

BOA VISTA - RR, 17/11/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

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: 9154/2020 - Registrado em: 18/08/2020 às 21h 01min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 03/03/2020 às 19h 10min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: JOSÉ MARTINS VIEIRA

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: JARDIM EQUATORIAL

Tipo de local: SUPERMERCADO

Referência: PRÓXIMO SUPERMERCADO GAVIÃO

Complemento: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS (20), nascido(a) em 03/05/2000, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 040.541.932-50, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARIA DO SOCORRO EVANGELISTA DOS SANTOS e ANTONIO MACHADO DOS SANTOS, endereço: RUA HC 14, cep: 69316-484, Nº: 767, bairro: SENADOR HELIO CAMPOS, BOA VISTA-RR, complemento: CHÁCARA, referência: CHÁCARA DO NETO, Telefone: (95) 99138-3265.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE INFORMA QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADO ACONTECEU O SEGUINTE FATO: QUE TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA /TITAN 150 PLACA NAK0453 COR VERMELHA RENAVAN: 00199914419, CHASSI: 9C2KC1620AR028757, DE PROPRIEDADE DE MARIA DO SOCORRO EVANGELISTA DOS SANTOS, QUANDO DE REPENTE UM VEÍCULO GOL BRANCO AVANÇOU A SUA PREFERENCIAL VINDO A COLIDIR COM A COMUNICANTE. COM O IMPACTO, ELA VEIO AO CHÃO SOFRENDO FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA, ONDE A MOTORISTA DO CARRO CITADO SOCORREU A MESMA ATÉ O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA-HGR, PARA OS DEVIDOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

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

x Isabelle E dos Santos
ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS
COMUNICANTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

040.541.932-50

4 - Nome completo da vítima:

BABELE EVANGELISTA DO SANTO

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

5 - Nome completo:

BABELE EVANGELISTA DO SANTO

6 - CPF:

040.541.932-50

7 - Profissão:

ATENDENTE

8 - Endereço:

RUA HC 14

9 - Número:

367

10 - Complemento:

GRSA

11 - Bairro:

SENADOR HELIO CAMPOS

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-484

15 - E-mail:

SANTAMARCIA@GMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

19519919-3685

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3906

CONTA:

20.000

5

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 17/11/2020.

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: 30/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000020000-5

Nr. da Autenticação AA26CD447A6AE94B



Para contato com a Roraima Energia, informe este número:

0676316-0

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 491 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL: 5600-156- FÉSP-PA
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
é cobrada pela Lei nº 10.433 de 26 de Abril de 2003.

CONTA MÊS

VENCIMENTO

CONSUMO

DE

264,49

JULHO/2020

01/08/2020

50

264,49

MARIA DA SOCORRO EVANGELISTA DOS SANTOS
CPF: 00072317469268
R. HC 14 767 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316-484 - BOA VISTA

DATA DA LETURA

Mês	15/07/2020	Anterior	13/06/2020	Próxima leitura	13/08/2020
Emissão:	22/07/2020	Apresentação:	23/07/2020	Dias de consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modulador
1.4.1.2	RESID. BX. RENDABIT	2807076	MINIMO	CONVEN	

DADOS DA LETURA (AMV)

Medição	Medição	Medição	Medição	Medição	Medição
Medição	Medição	Medição	Medição	Medição	Medição



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este número

0032588-0

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ezequiel, 671 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5405120 FCAM*

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\$)
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,07

ROMARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 00087608650249

DATAS DA LEITURA

Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	21/07/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	27842							
Leit. Anterior	27544							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	298							
Faturado:	298							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	298 A R\$ 0,755234 =	225,05
ILUMINACAO PUBLICA		29,02

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 298 - 0.617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

0	62	75	80	1239	194	206	280	323	298	298
---	----	----	----	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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/bibi/lootecaWEB/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 JOSÉ SANTANA FEITOSA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS inscrito
(a) no CPF sob o Nº 040.541.932, 50, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima
ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.541.932, 50, 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>RUA GIDEÃO</u>	Número <u>312</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>
Email <u>SANTANAGIMARCSRR@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>95194169-3685</u>

BOA VISTA, 14 de SETEMBRO de 2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

2001226881

03/03/2020 19:36:36

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 4

Paciente: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS
Data Nascimento: 03/05/2000 Idade: 19 A 10 M 0 D
CNS: 706007323524346 CPF: 04054193250
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE: 4699343 SSP/RR 14/11/2013 F SOLTEIRO(A) PARDAS BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe: MARIA DO SOCORRO EVANGELISTA DOS SANTOS
Endereço: RUA - HC-14 - 767 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR
Antonio Machado dos Santos (95) 99121-4640
Ocupação

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

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

Queixa de dor de cabeça

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese (HORA DA CONSULTA - 19h)

Doença de dor de cabeça, sobre dor de cabeça

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Fratura de clavícula

SADY - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

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

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

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: claudeci.rodrigues
Data Hora: 03/03/2020 19:37:25



2001226881

Trauma causado ao auto (E)
e queda de moto

Rx: Fract de clavícula

Col. - Tórax
- Renteira
- Ao Hem

Dr. Jonathan
Lopes
CRM-PB 11.111.111

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E CARRETERAS	
NOME: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES					
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF		1348763993 SSP MA			
CPF		627.942.803-68		DATA NASCIMENTO	
				26/07/1979	
FILIAÇÃO		NEURIVAN LOPES GUIMARAES			
		LUIZA FEITOSA GUIMARAES			
PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB	
				AB	
Nº REGISTRO		VALIDADE		Nº HABILITAÇÃO	
03412152366		28/05/2023		11/10/2004	
OBSERVAÇÕES					
ASSINATURA DO PORTADOR					
LOCAL		DATA DE EMISSÃO			
BOA VISTA, RR		29/05/2018			
ASSINATURA DO EMISSOR		ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES		69180083613	
		DIRETOR PRESIDENTE		RR209677511	
RORAIMA					

MINISTERIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

162.70333.45-9

7510775

0050

RR

Isabelle Evangelista dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR



ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

FILIAÇÃO..... MARIA DO SOCORRO EVANGELISTA DOS SANTOS
ANTONIO MACHADO DOS SANTOS

NASCIMENTO..... 03/05/2000

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO..... R.G. - 4699343 - 14/11/2013 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 040.541.932-50

CNH.....

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO.: 17/05/2018

Magno Pella-Flora

MACHO PELLON DELLA FLORA
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200338198 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/03/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266768/20

Vítima: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

CPF: 040.541.932-50

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/03/2020

Titular do CPF: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS : 040.541.932-50

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: 21/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ATENDENTE RG: 46.99343 SSP/RR
CPF: 040.541.932-50 ENDEREÇO: RUA HC 14 N2 767
BAIRRO: SENADOR HENRI CAMPOS CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69.316-484

VÍTIMA: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS
CPF: 040.541.932-50 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: () DAMS () INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: JOSÉ SANTANA FEITOSA GUIMARÃES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO
Nº DO RG: 114876399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: 677.942.803-68
ENDEREÇO: RUA GILDEAO N2 312 BAIRRO: NOVA CANAÃ

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDES, 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, 17 de MAIO de 2020

Isabelle Evangelista dos Santos
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266768/20

Vítima: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

CPF: 040.541.932-50

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/03/2020

Titular do CPF: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS : 040.541.932-50

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: 21/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO