

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, 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, 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,

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 DO 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 DO SANTOS

7 - Profissão: ATENDENTE 8 - Endereço: RUA HC 14

11 - Bairro: SENADOR Helio Campos 12 - Cidade: BOA VISTA

15 - E-mail: SANTANAVIAPARADEFAGMAIL.COM

16 - Tel. (DDD): 16 - Tel. (DDD): 95199169-3685

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: 3906 CONTA: 20.000 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha
 40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 17/10/2020
 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 POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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

x Isabelle Evangelista 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 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 DO SANTOS
 6 - CPF: 040.541.932-50
 7 - Profissão: ATENDENTE
 8 - Endereço: RUA HC 14
 9 - Número: 767
 10 - Complemento: C150
 11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOM
 12 - Cidade: BOA VISTA
 13 - Estado: ROR
 14 - CEP: 69.316-484
 15 - E-mail: SANTANACUIMARAES@GMAIL.COM
 16 - Tel. (DDD): (95) 99169-3685

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)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 20.000 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

FPS.001 V002/2019

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:

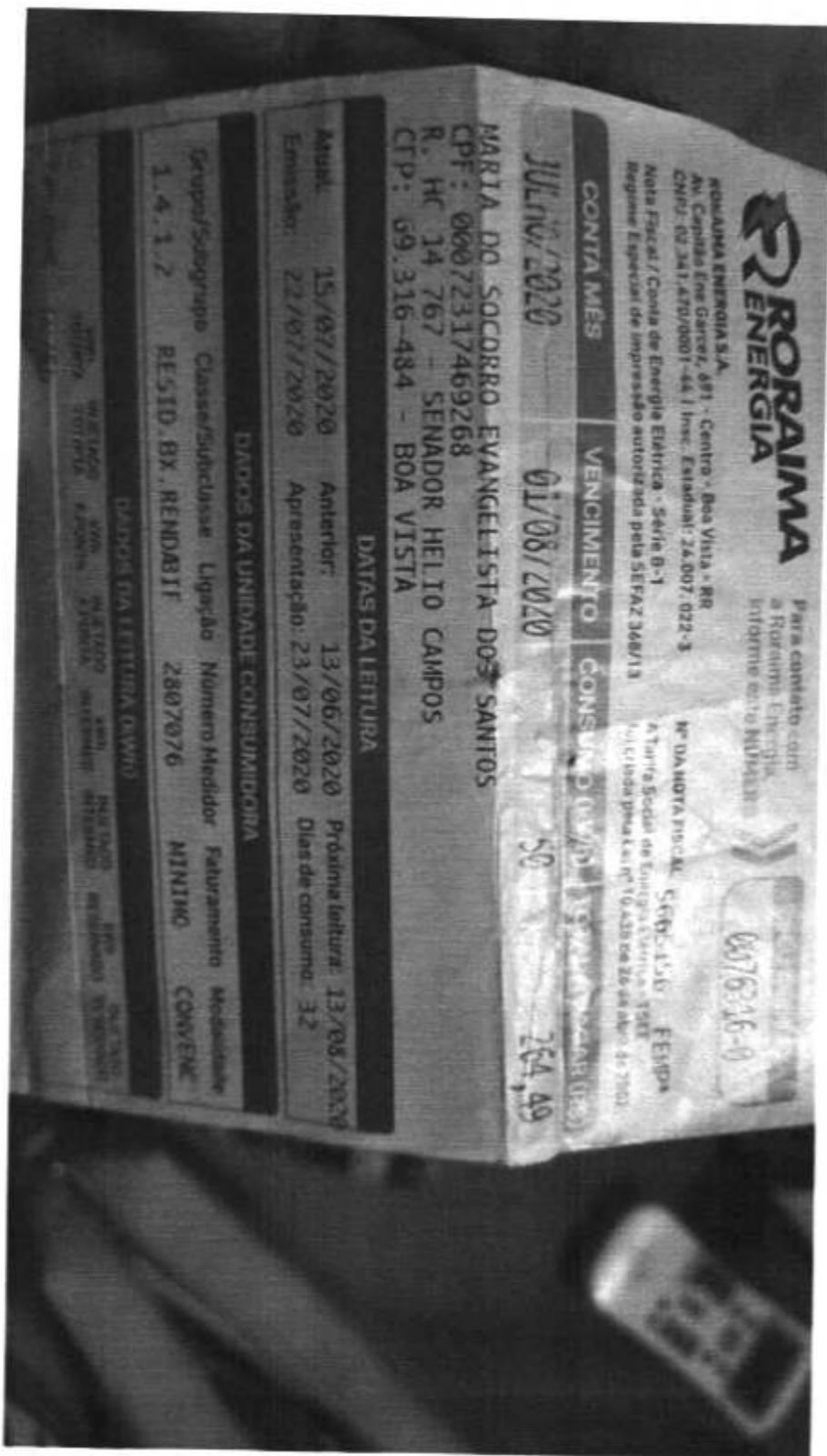
CLIENTE: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000020000-5

Nr. da Autenticação AA26CD447A6AE94B





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Barreto, 671 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 388/13

Para contatar com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO:

0032588-0

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
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,07

ROHARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA
CPF: 00087608650249

DADOS 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	Ligaçao	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
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1.000						
Resíduo							
Medido	298						
Faturado:	298						

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

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE METRAGEM							
TARIFA SEM TRIBUTOS: R\$ A 298 - 0,617770	0	62	75	89	1239	194	206	289

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www1.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/IOTECAWEB/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 falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu José SANTANA Feitoza Giminara inscrito (a) no CPF 627.942.803-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ISABELLE CRANGELISTA DO SANTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.541.932-50, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ISABELLE CRANGELISTA DO SANTO, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Rua Gideão	Número	312	Complemento	CASA
Bairro	Novo Canaã	Cidade	Boa Vista	Estado	RR
Email	<u>SANTANA.GiminaraCSRR@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	195199169-3685

Boa Vista, 14 de Setembro de 2020

Local e Data



Assinatura do Declarante

2001226881	03/03/2020 19:36:36	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA					NOTURNO 19- 4
Paciente			Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS			03/05/2000	19 A 10 M 0 D	706007323524346	04054193250	
Identidade	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade
4699343	SSP/RR		14/11/2013	F	SOLTEIRO(A)	PARDA	BRASILEIRA
Mãe							
MARIA DO SOCORRO EVANGELISTA DOS SANTOS							
Endereço							Ocupação
RUA - HC-14 - 767 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Promo 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						CLAUDECI RODRIGUES
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
<i>dores de resto.</i>							
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>anamnese de resto de resto, sobre dom de MS</i>						
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica	<i>Fract de clav. e</i>						
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIOS-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		
<i>Dr. Claudio J. H. Perez Cirurgia Geral</i>							
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / / / / /						
Óbito							
Antes do 1 ^º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / / / / /					

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

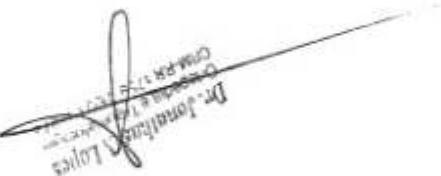


Tranma causada en auto

Queda de moto

Po: Fract de clavicular

Cel - Tipos
- Receta
- As HEM


Dr. Leonel A. Lopez



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPRÉGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

162.70333.45-9

7510775

0050

RR



ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

141187510775-60-02
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 N° 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 040.541.932-50

CNH.....:

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SR/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO...: 17/05/2018

Magno Pellen Della-Flora

MAGNO PELLEN 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

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2020

Titular do CPF: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ATENDENTE RG: 46.99343-35PT/RR
CPF: 040.541.932-50 ENDEREÇO: RUA HC 14 N° 767
BAIRRO: SENADOR FÁTIMA CARMOS CIDADE: BON 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 Feitora Guimaraes
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
Nº DO RG: 144876399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: 677.942.803-68
ENDEREÇO: RUA GIREAO N° 312 BAIRRO: NOVA CANAÁ

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.

Bon 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2020

Titular do CPF: ISABELLE EVANGELISTA DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO