
Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012566

Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

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, contatos 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, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012566

Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 19/10/2019, emitido pelo Dr. FERNANDO REZENDE CRM nº 2007 - RR, da Instituição SUS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 023.696.372-42 4 - Nome completo da vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

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

5 - Nome completo: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA 6 - CPF: 023.696.372-42

7 - Profissão: DESPREGADO 8 - Endereço: RUA - MESTRE ALBANO 9 - Número: 3263 10 - Complemento:

11 - Bairro: ASA BRANCA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-298

15 - E-mail: RECUSOV 16 - Tel.(DDD): 99 98122-7434

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\$1.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00069866 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: CONTA: (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: 30 - Vítima deixou nascituro (val 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 08/01/20
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



5067 2252 0364 0844

5067

VALIDO ATÉ
04/24

RODRIGO OLIVEIRA FERREIRA

3027 013 00069866-8

elo



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044400/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/12/2019 10:10 Data/Hora Fim: 12/12/2019 10:37
Origem: Polícia Judiciária Data: 12/12/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 19/10/2019 12:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua: Tambaqui

Bairro: Santa Tereza

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (ART. Veículo 303, § 1º DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Sexo: Masculino	Nasc: 20/04/1999
Profissão: Desempregado		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Rosalva Spusa de Oliveira		Nome do Pai: Nilsomar Ferreira da Silva	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 023.696.372-42

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Mestre Albano
Complemento: Casa
Bairro: Asa Branca
Telefone: (95) 99147-3261 (Celular)

Nº: 3263

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 775.140.092-72	Placa NUH-9507
Renavam 01137372866	Número do Motor JC48E3J001722
Número do Chassi 9C2JC4830JR001718	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor LARANJA	UF Veículo Roraima



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044400/2019

Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/BIZ 125
Modelo	HONDA/BIZ 125	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Rodrigo de Oliveira Ferreira		Possuidor	
Grupo	Veículo	Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário	072.273.004-71	Placa	NAY-6129
Renavam	00596321961	Número do Motor	327A0111749759
Número do Chassi	9BD197132E3145486	Ano/Modelo Fabricação	2014/2013
Número da Carroceria	72459316	Cor	VERMELHA
UF Veículo	Roraima	Município Veículo	Boa Vista
Marca/Modelo	FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4	Modelo	FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Meio Empregado		
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Desconhecido 1		Depositário, Proprietário, Possuidor	

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que diz ser habilitado, mas não apresentou, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme, hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo a motocicleta também devidamente descrita acima e que está em nome de LEILA MICHELLY RODRIGUES. Que ao ultrapassar um veículo que estava trafegando em sua frente, outro veículo (PLACAS NAY-6129), devidamente descrito acima, que trafegava também na frente de ambos, freou bruscamente e sem motivo, onde o comunicante não conseguiu frear e nem desviar sua motocicleta, vindo a colidir na traseira do mesmo. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado pelo SAMU até o HGR. Que o veículo de placas NAY-6129, não permaneceu no local. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

Rodrigo de Oliveira Ferreira
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

"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 339-Deluciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 2039: -

UNIDADE: **Bravo 1** EQUIPE: **Tec: Tacimar**
cond: OdilesPaciente: **Rodrigo de Oliveira Ferreira** Idade: **20** Sexo: **MAS**
Nacionalidade: **Brasileiro** Raça: **Branca** ☒ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia _____
Endereço: **Rua Tambaqui** Bairro _____Nº **17994** DATA **19/10/2019** HORA J/B: **12:23** BASE () VIA () () RÁDIO
Médico (a) Regulador (a): **Dr. Frito** HORA J/IO: **12:25** () CELULARMOTIVO INICIAL: **cano x moto**
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☒ Acidente de trânsito | ☐ Urgência psiquiátrica | ☐ Queimadura | ☐ Urgência obstétrica |
| ☐ Agressão física / espancamento | ☐ Tentativa de suicídio | ☐ Choque elétrico | ☐ Transferência |
| ☐ Agressão física - FAF | ☐ Envenenamento | ☐ Queda | ☐ Exame complementar |
| ☐ Agressão física - FAB | ☐ Afogamento | ☐ Urgência clínica | ☐ Outros |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre	☐ A pé	☒ Automóvel	☒ Capacete
☒ Condutor	☐ Automóvel	☐ Micro-ônibus	☐ Cinto de segurança
☐ Passageiro	☒ Motocicleta	☐ Ônibus	☐ Airbag
☐ Ignorado	☐ Bicicleta	☐ Micro-ônibus	☐ Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

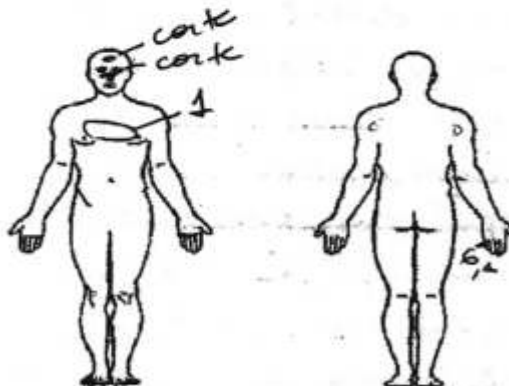
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AV. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ Miose
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☒ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Midríase
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Pulso radial ausente	☐ Anisocoria ☐ D ☐ E
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Pulso central ausente	☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ Outro: _____		☐ Cianose central ☒ Extremidade	☐ Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Set O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 12:39	130/80	102	20	97				15
Fim 12:55		94		98				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor	4 - Espontânea
2 - Hematoma	3 - Ao comando
3 - Contusão	2 - À dor
4 - Escoriação	1 - Sem resposta
5 - Laceração	
6 - Luxação	
7 - Fratura fechada	
8 - Fratura exposta	
9 - Amputação	
10 - Evisceração	
11 - Afundamento de crânio	
12 - Ferimento penetrante	
13 - Tórax instável	
14 - Enfisema subcutâneo	
15 - Ferida aspirativa	
16 - Empelamento	
17 - Outros	



AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
☒ Ritmo Sinusal	☐ Neurológica	☐ Diabetes
☐ Taquicardia Sinusal	☐ Respiratória	☐ Cardiopatia
☐ Flutter Atrial	☐ Cardiovascular	☒ HAS Nega
☐ Fibrilação atrial	☐ Digestiva	☐ Medicação de uso Nega
		☐ Alergias
		☐ Outros Nega

GRAVIDADE COMPROVADA	Pequena	Média	Severa	Fóbito
☒ Ileso	☐ Pequena	☒ Média	☐ Severa	☐ Fóbito

Marcos Shimiti
Médico
CRM-RR 2042

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINALEm 11/11/19
[Assinatura]

- ☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento / ☐ Hospitalização
☐ Não se encontrava no local

- ☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN

MÉDICO REGULADOR

PER DO PAC	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional: _____	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva					
Perda de líquido: _____	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante					
BCF: _____	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☒ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas				
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical	☒ Curativos				
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal				
☐ Máscara facial: ____ L/min	☒ Oximetria	☐ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência				
☐ Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação				
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:				
☒ Acesso venoso Gelco n° _____	☒ Acesso venoso Scalp n° _____	☒ Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Gases	01						
Atadinas	01						
Luva G	03 por						
Luva de nitril p	02						

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

As 12:23 equipe foi acionada para atender uma ocorrência de natureza traumática (carro e moto) no local encontramos a vítima em decúbito dorsal ao solo consciente, orientado, acompanhada de populares, na avaliação primária com atenção na cervical, na secundária constatamos lesões fáceis na face, sinais vitais dentro dos parâmetros normais, comunicado ao médico regulador, o mesmo tomou conhecimento da ocorrência e chegou da vítima e autorização encaminhou ao GT/HGR.

Tacimar da Silva Pereira
Técnica em Enfermagem
COREN/RR 000637.812

SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em 01 11 19 Stephanie
--



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

00023025-1

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 501 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.507.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pelo SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal 4106901

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. F.C.A.M.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	11/12/2019	231	208,36

RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA
R. MESTRE ALBANO 3263 - ASA BRANCA
CEP: 69.312-298 - BOA VISTA

CPF: 00002369637242

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 21175	Atual: 25/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1-1-1-2
Anterior: 20994	Anterior: 05/10/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 12/12/2019	Ligação: SUPLENÇÃO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 28/11/2019	Número Medidor: 2001076
Consumo medido: 231	Apresentação: 25/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 231		Modalidade: B 1522963

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	231 A R\$ 0,768486 =	177,52
MULTA POR ATRASO DE 1 10/19-00		0,82
JUROS DE MORA POR ATR 10/19-00		0,07
MULTA POR ATRASO 10/19-00		2,33
JUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00		0,31
ILUMINACAO PUBLICA		27,33

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 231 - R\$ 6,621031

Média 12 meses: 156

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO
-2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019.
LIQUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 23/11/2019, não constamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



RESERVADO AO FISCO 8325.B47D.BCDE.DE34.DF7D.7B15.00F0.BEF9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:	95,99	Encargos:	5,43	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR	
Distribuição:	42,05	Tributos:	34,05	ICMS:	17,00%	30,17	
Transmissão:	0,00			PIS:	0,37%	0,67	
				COFINS:	1,00%	3,21	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		DMC		DICI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	



C.N.: 05.538.870/0001-18
CNPJ: 05.538.870/0001-18
RUA MELVYN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 88.385-410

CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula:

1041355

Agosto/2019

Endereço para entrega:

Dados do Cliente:

ROSARIA GERRAO NUNES

RUA MANOEL FELIPE, NUM. 1467/ - 4 - ASA

Inscrição

Rota

Seq. Rota

Quantidade de Economias

1041355

02.102.0281.004

Data de Instalação

3456

Situação Esgoto

Y11B007107

22/01/2015

LIGADO

FACTIVEL

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT. 116

117

1

29

LEITURA INF.

DT. LEITURA 17/07/2019 15/08/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201907 4-0
201906 1-0
201905 1-0
201904 1-0
201903 3-0
201902 1-0

MEDIA 1

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBID. (NTU)	COR	C. TOTAL (mg/L)	S. COL. (mg/L)
EXIGIDA	100	100	100	100	100
ANALISADA	200	200	200	200	200
CONFORME	200	200	200	200	200

CONSUMO TOTAL (R\$)

DESCRIÇÃO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

1 M3

23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

0,49

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO:

15/09/2019

24,32

AVISO: EM 31/07/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1041355	08/2019	15/09/2019	24,32

82680000000-0 24320004001-8 00104135501-5 08201910003-9



IMPRESSO EM: 15/08/2019 11:25:05

Via do Cliente

Via do CAER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/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 ROSANGELA NUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rodrigo de Oliveira Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.696.372 / 42, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Rodrigo de Oliveira Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.696.372 / 42, 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		Número	Complemento
AV. MANOEL FELIPE		1467	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
ASA BRANCA	BOA VISTA	RR	69.309-170
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
ZANZA MASULLO@HOTMAIL.COM	99198127-7634		99158-4307

Boa Vista, RR 08 de Jan de 2020

Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
Assinatura do Declarante



[Handwritten signature]

1901175774 19/10/2019 13:01:04

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

Paciente

RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Data Nascimento

20/04/1999

Idade

20 A 5 M 29 D

CNS

702805674326960

CPF

02369637242

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

NAO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

BOA VISTA - RR

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

ROSALVA SOUSA DE OLIVEIRA

INFORMADO

NI

Contato

(95) 98114-2205

Ocupação

Endereço

RUA - MESTRE ALBANO - 3263 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Sector

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

ADAO

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Pt com relato de acidente moto - em 15/10/2019 evolui com dor em mão (D)

Exame Físico

A: S/ alterações

C: S/ alterações

E: possível fratura em 5º falange proximal (D)

B: S/ alterações

D: S/ alterações

BGG, ARA

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAO - X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

[Handwritten: Autopsia]

[Handwritten: 2x mão (D) clinicamente Lx de 5º MTC - P.]

[Handwritten: CID: Redução + Imobilização + Alta da Autopsia.]

[Handwritten: 1- Difenidramina 1g (EU)]
[Handwritten: 2- Paracetamol 40mg (EU)]

[Handwritten: 14:50h]
[Handwritten: Dr. Fernando Rezende]
[Handwritten: Médico]
[Handwritten: CRM-RR 2007]

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: adao

Data Hora: 19/10/2019 13:02:04

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
BOA VISTA - RR
19/10/2019
14:50h
Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007



1901175774

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.033 de 26/10/1937 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01/05/1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFIRMAÇÃO COM RECURSOS DO
SISTEMA DE APOIO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PROFESSOR 166.17241.60-7

9771219

0040

RR

Rodrigo de Oliveira Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

PROFESSOR EM EXERCÍCIO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

FILIAÇÃO: NIL SOMAR FERREIRA DA SILVA

NASCIMENTO: 20/04/1968

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: C. 1. 4315206 25/01/2012 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 023.896.372-42

TIT. ELEITOR

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 19/06/2015

ZONA:

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

INATIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

INATIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

INATIVO

NOME

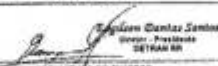
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

INATIVO

LEGENDA

A - CANCELADO E - CIVILIZADO E - RECONHECIMENTO DE IDENTIDADE C - DATA DE NASCIMENTO
B - RECONHECIMENTO DE IDENTIDADE F - RESCISÃO VOLUNTÁRIA

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ROSANGELA NUNES MASULLO		DOC. IDENTIDADE / ONG EMISSOR/UF 208734 SESP RR	
	CPF 321.801.442-53	DATA NASCIMENTO 01/05/1972	
	FILIAÇÃO GENARO MASULLO ROSARIA SERRAO NUNES		
	PERMISSÃO PERMISSÃO	ACC 	CAT/HAB AB
	1º REGISTRO 06050025726	VALIDADE 22/04/2015	1ª HABILITAÇÃO 22/04/2014
OBSERVAÇÕES			
			
ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 23/04/2014		
		01490231461 RR207247390	
ASSINATURA DO DIRETOR			
DETRAN - RR - RORAIMA			

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

860356320

PROIBIDO PLASTIFICAR

860356320

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 013254958887

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 01 01137372866 EXERCÍCIO 2018

LEILA MICHELLE RODRIGUES

PLACA 775.140.092-72

PLACA ANT. UF RR

CHASSI 9023C4830J6001778

ESPECIE TIPO PAS/MOTONE FA/MND APETUA

CONJUNTIVO ALCO/ABASOL

MARCA / MODELO HONDA / BIZ 125

ANO FAB. 2017

ANO MOD. 2018

CAP / POT / cil 2P / 0124CC /

CATEGORIA PARTICU

COB. PREDOMINANTE LARANJA

VENC. COTA UNICA 1

VENC. / COTAS 2

VENC. / COTAS 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$10.00

PREMIO TOTAL (R\$) R\$10.00

DATA DE PAGAMENTO 28/01/2019

AL.FID. ADM DE CONSUMO LÍDER HONDA LTD *

PROIB. SAIR DA COTA UNICA

DATA 27/02/2019

RR Nº 013254958887

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

DATA EMISSÃO 27/02/2019

PLACA 775.140.092-72

CHASSI 9023C4830J6001778

MARCA / MODELO HONDA / BIZ 125

ANO FAB. 2017

ANO MOD. 2018

PREMIO TARIFARIO R\$10.00

PREMIO TOTAL R\$10.00

DATA DE PAGAMENTO 28/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.668/0001-04



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011322/20

Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

CPF: 023.696.372-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: RODRIGO DE OLIVEIRA
FERREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA : 023.696.372-42

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: 09/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: DESEMPREGADO

Identidade: 4319206 SSP/RR CPF: 023.696.372-42

Endereço: Rua: MESTRE ALBANO nº: 3263 Bairro: ASA BRANCA

Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 69.312-298

Vitima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

CPF: 023.696.372-42 Data do sinistro: 19/10/2019

Natureza: () DAMS ☒ INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53

Endereço: AV. Manoel Felipe, 1467/5, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

Boa Vista 12/12/2019
Local e data

X Rodrigo de Oliveira Ferreira
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011322/20

Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

CPF: 023.696.372-42

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA : 023.696.372-42

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: 09/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200012566 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00