

1901172586 11/10/2019 09:15:53

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19	10
--------------	----

Paciente	Data Nascimento		Idade		CNS	CPF	Prontuário
RONALDO SILVA SANTOS	05/05/1981		38 A 5 M 6 D			71011897253	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	221639	SSP/RR	01/09/2009	M	SOLTEIRO	(A)PARDA	IMPERATRIZ - MA
Mãe	Pai				Contato		
MARIA ODETE SILVA SANTOS	FRANCISCO TAVEIRA DOS SANTOS F (95) 99167-5989						
Endereço							Ocupação
RUA - RIO GRANDE DO NORTE - 774 - ESTADOS - BOA VISTA - RR							

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER			ERREJONE SIMPLICI	

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

Anamnese de Enfermagem

GSC										TOTAL									
AO: 1	2	3	4	RV: 1	2	3	4	5	MRV: 1	2	3	4	5	6					

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)

TRAUMA CONTUSO NO OMBRO E COTOVELO @ PAVIA
ACIDENTE COM MOTOCICLETA (SIC).

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

(X) RAIÓ -X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
-------------	------------

CS OUTROS

HOSPITAL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
Av. Brig. Ed. do G. 115, C. 115, S/N

PRAZAMENTO OBSE

01. NOV 2019

Certifico que esta é uma presente
cópia fiel do Original
que foi anexado neste Hospital

Conduta

() Alta por Decisão Médica

() Alta a Pedido

() Alta a Revelia

☒ Transferência para☐ Ambulatório

() Observação (Até 24h)

() Internacional

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: erbejone.simplicio
Data Hora: 11/10/2019 09:16:42

GIVAGGIO Henrique R. da Silva
Esp. DOGON - Médico
CHARRA 1875

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/PR



190117250

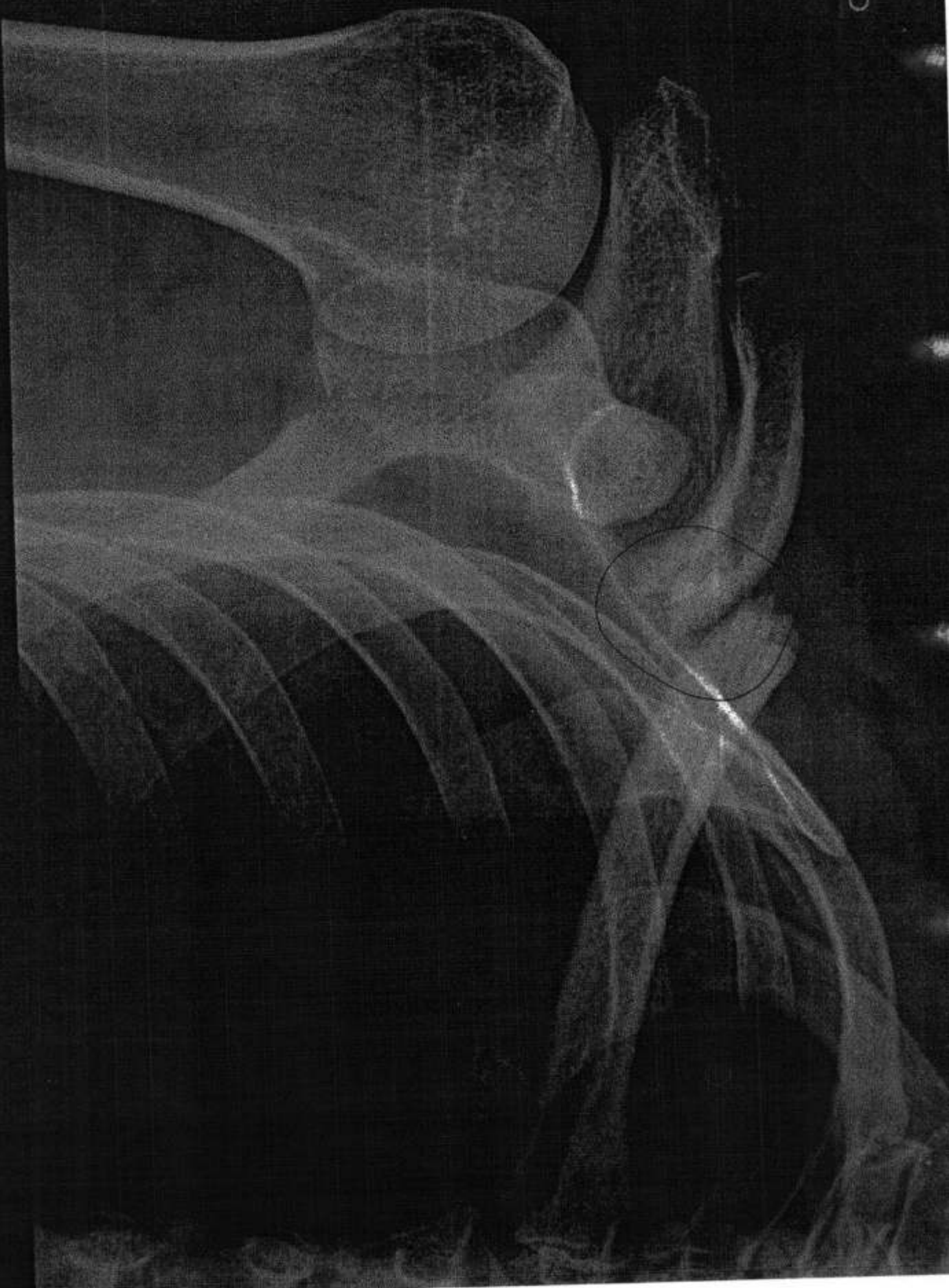
Vitor P.

~~FX Clavícula~~

~~- CD multigravida~~



.D



RONALDO SILVA SANTOS
HOSPITAL CORONEL MOTA

12732

05/11/2019

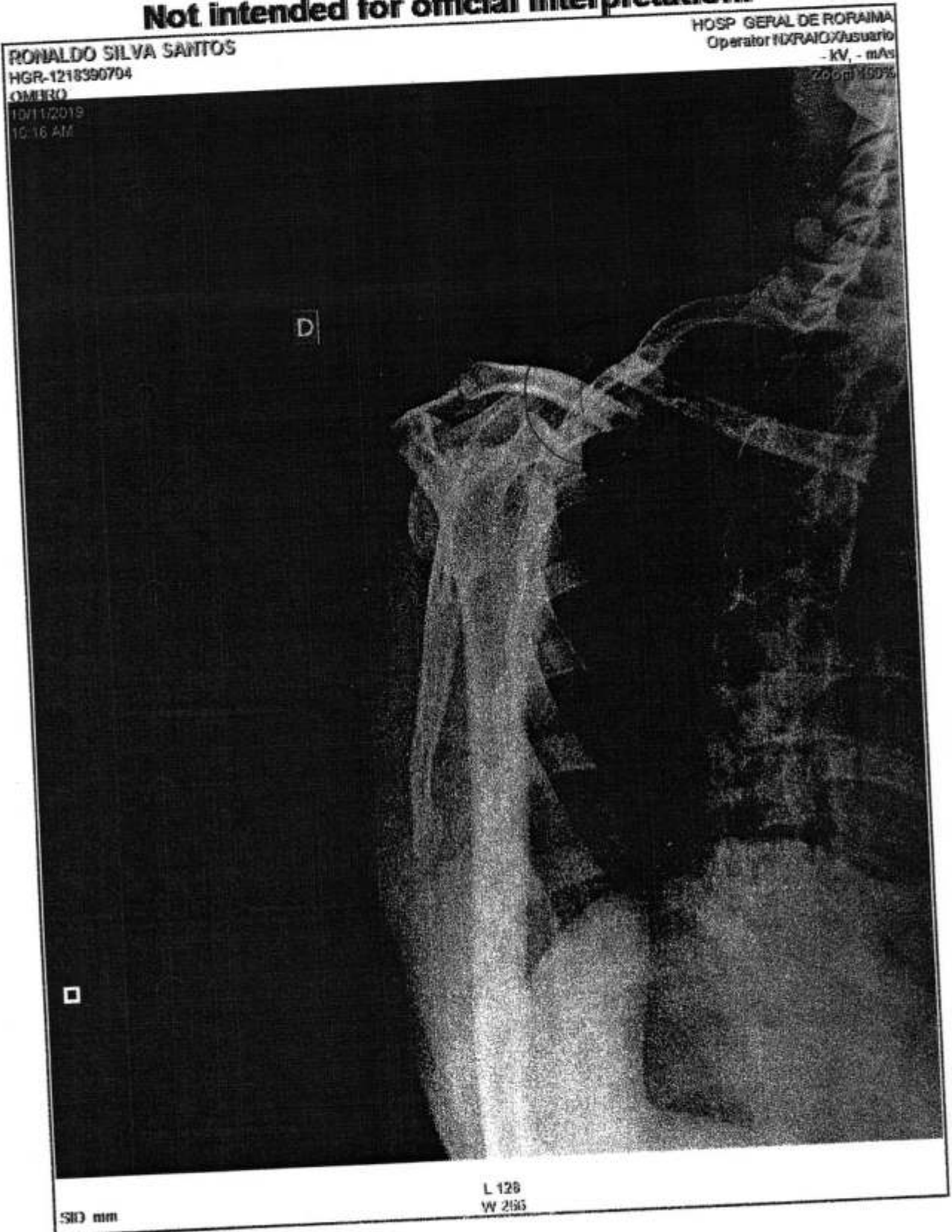
Claudioaldo

121.3%

Not intended for official interpretation.

RONALDO SILVA SANTOS
HGR-1218390704
OMERO
10/11/2019
10:16 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA
Operator NEXRAIOX/usuario
- kV, - mAs
Zoom 150%



L 128
W 2135

510 mm

Not intended for official interpretation.

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2019

10:17 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator N° RAIO X / usuário

- kV, - mAs

Zoom 100%

□

D



500 mm

L 128
W 253

Not intended for official interpretation.

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2019

10:20 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operator: N/PAIO/usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%

Σ

D

□

510 mm

L 120

W 2103



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Raúl do Silva Santos

RECEITUÁRIO

laudo médico

Paciente com fratura de escápula
direita (CID 962.0) há 26 dias um
fractura com deslocamento com deslocamento
quase completa. Lesão de 2a (degrau) de
deformidade de um osso da escápula
causar dor local

DATA 06/11/20

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2007

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Mota, 635 - Centro das Vistas
CEP: 69.201-150 - CNPJ 04.013.409/0001-00

Laudo Médico

Ronaldo Lima Santos, C.I 221639 SSP-RR, vítima de acidente de moto, conforme ficha de atendimento 3903172586 - de 11/10/2019 do P.S. Francisco Elbas.

Exame radiológico da clavícula direita revelou fratura de três níveis, sendo realizado tratamento conservador. Revisando evolui com deformidade pós-consolidação com encurtamento da clavícula direita, apresentando limitação para mobilidade (abdução, adução e rotação) do membro superior direito, além de redução de força em cerca de 70%.

Conclusão: Sequela funcional permanente de membro superior direito.

Boa Vista, 03/01/2020


Dr. Francisco F. Farias
CRM: 365-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Ronaldo Silva Santos

ASSIGNATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 221639

DATA DE EXPEDIÇÃO 26/05/2008

NOME RONALDO SILVA SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO TAVELRA DOS SANTOS FILHO

NASCIMENTO 08/05/1981

NATURALIDADE MA

DOC. CRIMINAL CERTID. NASC. 35.664 FLS. 30 LIV. 40 A

CNPJ IMPERATRIZ - MA

CPF 7.18.118.972-53

2 VTL

Ass. de Classe Cópia de Assinatura
Diretor do IIC

DATA DE NASCIMENTO 05/05/1981

P 1

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Posição Direita



Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

DATA DE EXPEDIENTE 28/01/2016

NOME **RAIMUNDO NONATO SILVA**

FILIAÇÃO

NOME **VANGELINA PEREIRA SILVA**

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DATA DE NASCIMENTO 15/09/1968

LOCAL CONCELHO

CERTID. NASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE - MA

CPF

475.628.463-91

3 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
PREFEITO MUNICIPAL

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

P 7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Ronaldo Silva Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 221639

DATA DE EXPIRAÇÃO 20/05/2008

NOME RONALDO SILVA SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO TAVES DOS SANTOS FILHO

NASCIMENTO MARIA ROSE SILVA SANTOS

NATURALIDADE IMPERATRIZ - MA

DOC. COMPROVANTE CERTIDÃO NASC. 35.664 FLS. 33

CPF 710.118.972-53

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

DATA DE NASCIMENTO 05/05/1981

Assinatura: *Ronaldo*

Assinatura do Chefe de Registro: *[Assinatura]*

2 VIA

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ORLÍO CRUZ

Posição direita

Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE




REGISTRO GERAL

357035-5

RAIMUNDO NONATO SILVA

DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016

FRANCA

VANGELINA PEREIRA SILVA

NAT. PAULISTA

VARGEM GRANDE - MA

DOC. CONJUGAL

CERTO MASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE - MA

CPF: 475.628.463-91

3 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1968

P 7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 011486468912
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 DDB RENAVAM 00595728251 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2015

NOME
EDUARDO HATEUS LEONEL

PLACA
024.335.702-80

CHASSI
9C2KC1680ER492475

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL
MOTOCICLETA/NAO AFITE ALCOOL

MARCA/MODELO
HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2F/0149CC/ PARTICU PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
1*****

FAIXA LPVA PARCELAMENTO COTAS
2*****

PAGAMENTO COTA UNICA
3*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) COTA UNICA PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
R\$4.15 R\$1.11 R\$292.01 28/06/2016

AL.FID. ADM. DE REG. NACIONAL HONDA LTD *
PROIB. SAIS DA AMAZ. UCID *

LOCAL DATA
BOA VISTA-RR 28/06/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011486468912 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

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

www.dpvatSegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 28/06/2016

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 024.335.702-80 NAY2869

RENAVAM MARCA / MODELO
00595728251 HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB CAT. TARIF. Nº CHASSI
2013 9C2KC1680ER492475

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$129.04 R\$14.34 R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
R\$4.15 R\$1.11 R\$292.01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA UNICA PARCELADO 28/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.Seguradoralider.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 011486468912
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD RENAVAM 00595728251 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2015

NOME
EDUARDO MATEUS LEONEL

PR

CPF / CNPJ 024.335.702-80 PLACA NAY2869

PLACA ANT. UF NAY2869 RR CHASSI 9C2KC1680ER492475

ESPÉCIE TIPO FAS/MOTOCICLETA/NAO REPTO COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

CAP/POT/CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
1*****
2*****
3*****

FAIXA LPVA PAGO COTA UNICA

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 100,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 28/06/2016

SEGURO OBRIGATORIO

AL.FID. ADM. VEICULO NACIONAL HONDA LTD *
PROIB. SAIR DO AMAZ. UCID *

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 28/06/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011486468912 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

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

www.dpvatSegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 28/06/2016

VIA 01 CPF / CNPJ 024.335.702-80 PLACA NAY2869

RENAVAM 00595728251 MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB 2013 COTAS 9C2KC1680ER492475

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENR (R\$) R\$129.04 DENATRAM (R\$) R\$14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$1.11 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) R\$292.01

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 28/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.Seguradoralider.com.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006036/20

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

CPF: 710.118.972-53

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/10/2019

Titular do CPF: RONALDO SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

RONALDO SILVA SANTOS : 710.118.972-53

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: 07/01/2020

Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA

CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020

Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200006673

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

Data do acidente: 11/10/2019

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame físico: OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 40 DIAS; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO OMBRO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200006673

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

Data do acidente: 11/10/2019

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame físico: OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 40 DIAS; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO OMBRO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200006673 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO SILVA SANTOS **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: &@(P8)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200006673 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO SILVA SANTOS **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: &@(P8)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: RONALDO SILVA SANTOS
NACIONALIDADE: _____ RG: 221639 ESTADO CIVIL: _____
RUA: 07 de Setembro CPF: 710.118.922-53 PROFISSÃO: _____
BAIRRO: ALVORADA Nº: 181 ENDEREÇO: RUA/AV, _____
CEP: 69.313.188 CIDADE: BOA VISTA /RR _____

VÍTIMA: RONALDO SILVA SANTOS
CPF: 710.118.922-53 DATA DO ACIDENTE: 1/1/
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Emprego, 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, 07 de Novembro de 2019

Ronaldo Silva Santos
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
Cartório de 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Azeite Verde, 4307 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (067) 3627-4100
daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de RONALDO SILVA SANTOS

Em testemunho da verdade, BPO
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 07 de novembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portalssm.com.br
REC-FIR 168296NN6278T6R6Y6FM65

Emolumentos: R\$ 7,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 9,50

Larissa
Larissa Petrona da Silva
Escritor Autorizada

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: RONALDO SILVA SANTOS
NACIONALIDADE: _____ RG: 221639 ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
CPF: 710.118.922-53 ENDEREÇO: RUA/AV, Nº 181
BAIRRO: ALVORADA CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69.317-188

VÍTIMA: RONALDO SILVA SANTOS
CPF: 710.118.922-53 DATA DO ACIDENTE: 1/1/
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidoz, 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, 07 de Novembro de 2019

Ronaldo Silva Santos
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006036/20

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

CPF: 710.118.972-53

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 11/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONALDO SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

RONALDO SILVA SANTOS : 710.118.972-53

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: 07/01/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416950/19

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

CPF: 710.118.972-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONALDO SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

RONALDO SILVA SANTOS : 710.118.972-53

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: 26/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200006673
Nome do(a) Examinado(a): Ronaldo Silva Santos
Endereço do(a) Examinado(a): 99114-4021, 181 Casa
Alvorada Boa Vista RR CEP: 69317-188
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RR] 221639
Data local do acidente: [11/10/2019]
Data local do exame: [13/01/2020] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE FRATURA DA CLAVÍCULA D
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: VITIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 40 DIAS; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019
Complicações: OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(☒) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(☒) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o 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 (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> | <p>() "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(☒) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032


Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
ROE: 177

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200006673

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO SILVA SANTOS

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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200006673

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RONALDO SILVA SANTOS

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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200006673

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO SILVA 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\$ 1.687,50

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: RONALDO SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 000000014196-3

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:

710.110.972-53

4 - Nome completo da vítima:

RONALDO SILVA 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:

RONALDO SILVA SANTOS

7 - Profissão:

RECUSOU

8 - Endereço:

RUA 07 de Setembro

6 - CPF:

710.110.972-53

11 - Bairro:

ALVORADA

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

181

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

monato.silva.638@gmail.com

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-108

16 - Tel. (DDD):

(95) 991144021

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)



CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3906

CONTA:

00014196

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 (ou Civ)

☐ Divorçado

☐ 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 (vairascer)?

☐ 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

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 15/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Raimundo Nonato Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

[Assinatura]

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: 4 - Nome completo da vítima:

710.118.972-53

RONALDO SILVA 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: 6 - CPF:

RONALDO SILVA SANTOS

710.118.972-53

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

RECUSOU

RUA 07 de Setembro

181

CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

ALVORADA

BOA VISTA

RR

69.317-108

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

ronaldo.silva.638@gmail.com

(951) 991144021

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: 00014196 3 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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

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 03/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Raimundo Nonato Silva



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039308/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/11/2019 11:19 Data/Hora Fim: 07/11/2019 11:42
Origem: Polícia Judiciária Data: 07/11/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 11/10/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Equatorial
Logradouro: Dos Garimpeiros
Complemento: Cruzamento com a Rua Santa Maria
Ponto de Referência: Supermercado Gavião
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RONALDO SILVA SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Imperatriz Sexo: Masculino Nasc: 05/05/1981
Profissão: Repositor Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Odete Silva Santos Nome do Pai: Francisco Taveira dos Santos Filho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 710.118.972-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR Nº: 181
Logradouro: Rua: 07 de Setembro
Complemento: Apartamento
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99167-5989 (Celular)

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 024.335.702-80	Placa NAY-2869
Renavam 00595728251	Número do Motor KC16E8E492475
Número do Chassi 9C2KC1680ER492475	Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Cor PRETA	UF Veículo Roraima



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039308/2019

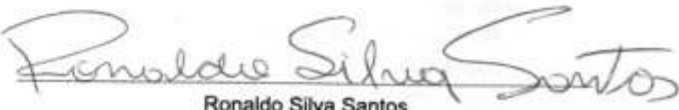
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Ronaldo Silva Santos		Possuidor	
Grupo	Veículo	Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Meio Empregado		
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Desconhecido 1		Proprietário, Possuidor	

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 04742509879), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta devidamente descrita acima e que está em nome de EDUARDO MATEUS LEONEL. Que em referido cruzamento foi colidido por um veículo que invadiu sua preferencial e ocasionou à colisão, não sabendo informar as características identificadoras, apenas que se tratava de CHEVROLET/CORSA, pois o mesmo evadiu-se. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Matr. 042000908
Responsável pelo Atendimento


Ronaldo Silva Santos
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

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



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

570818

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039308/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/11/2019 11:19 Data/Hora Fim: 07/11/2019 11:42
Origem: Polícia Judiciária Data: 07/11/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 11/10/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Dos Garimpeiros
Complemento: Cruzamento com a Rua Santa Maria
Ponto de Referência: Supermercado Gavião
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Equatorial

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB) Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RONALDO SILVA SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Imperatriz Sexo: Masculino Nasc: 05/05/1981
Profissão: Repositor Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Odete Silva Santos Nome do Pai: Francisco Taveira dos Santos Filho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 710.118.972-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: 07 de Setembro
Complemento: Apartamento
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99167-5989 (Celular)

Nº: 181

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 024.335.702-80

Placa NAY-2869

Renavam 00595728251

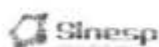
Número do Motor KC16E8E492475

Número do Chassi 9C2KC1680ER492475

Ano/Modelo Fabricação 2014/2013

Cor PRETA

UF Veículo Roraima



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 07/11/2019 11:42
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039308/2019

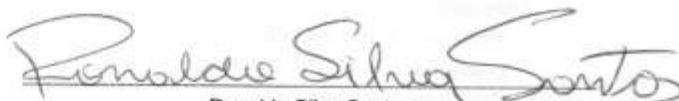
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Ronaldo Silva Santos	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 04742509879), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta devidamente descrita acima e que está em nome de EDUARDO MATEUS LEONEL. Que em referido cruzamento foi colidido por um veículo que invadiu sua preferencial e ocasionou à colisão, não sabendo informar as características identificadoras, apenas que se tratava de CHEVROLET/CORSA, pois o mesmo evadiu-se. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento


Ronaldo Silva Santos
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

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 daí origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAVIS (DESpesas de assistência médica e suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nome completo do segurado:

CPF: 210.118.932-53

Nome completo do segurado: **Ronaldinho Silva Santos**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDAS: DA PESSOA FÍSICA (PATRONAL/SEMPRE LÍQUIDO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPLEN Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Ronaldinho Silva Santos

7 - Profissão:

Recusado

8 - Endereço:

RUA 02 de Setembro

9 - CEP:

210.118.932-53

10 - Bairro:

Alvorada

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-100

15 - E-mail:

Ronaldinho Silva 638 @ gmail.com

16 - Telefone:

(95) 199114021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMAS MENORES DE 15 ANOS OU INCAPAZES COM CURADOR

17 - Nome completo do representante legal:

18 - CPF ou Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA: Declaro, para todos os fins de direito, resguardar a integridade econômica, financeira e comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDAS

☐ 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

☒ CONTA POUPANÇA (para quem tem a conta poupança, não há mais opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (101)

☐ CONTA CORRENTE (para quem não tem)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3106

CONTA:

0001496

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o código da agência)

(Informe o código da conta)

(Informe o código da agência)

(Informe o código da conta)

21 - DECLARAÇÃO DE AUTENTICAÇÃO DE LAUDO DO IML - INVESTIMENTO SEVERO PARA COERÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do IML (Laudo Médico Legal) para COERÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

• Não há laudo que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

• O IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência, não possui pendência com o IML do Seguro DPVAT, ou

• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não possui pendência com o IML do Seguro DPVAT, ou

Solicito a presença, dentro de prazo de 30 dias, de um médico de confiança do Seguro DPVAT, para realização de perícia com prazo superior a 50 (cinquenta) dias do pedido.

Apresentada a perícia, o laudo do IML, comprovando, desde já, em me, a invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, conforme o disposto no artigo 299 do Código Penal.

Declaro que esta autorização não significa prejuízo econômico com a futura avaliação médica em função do direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE UNIDADE BENEFICÁRIA - PRESENCIA DE SOMENTE UMA COBERTURA DE MORTE

22 - Grande Beneficiário com Vívida:

23 - Vívida de quem comparecer (V):

24 - Vívida de quem comparecer (V):

☐ Sim ☐ Não

25 - Se tinha filhos, informar:

Vivos: ☐ Falecidos: ☐

26 - Vívida de quem comparecer (V):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se tinha filhos, informar:

Vivos: ☐ Falecidos: ☐

28 - Vívida de quem comparecer (V):

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos: ☐ Falecidos: ☐

Estou ciente de que a seguradora Líder pagará, caso dúvida, e indenização do Seguro DPVAT, por morte, quando beneficiários que se apresentarem a qualquer momento, estando ciente, ainda, de que qualquer contestação declarada em virtude de pedido pago, a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade civil, alinha-se ao artigo 299 do Código Penal.

30 - Nome:

31 - Nome legítimo de quem assina o pedido (a cargo):

32 - CPF legítimo de quem assina o pedido (a cargo):

33 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo):

34 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

35 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

36 - Local e Data:

Boa Vista 02/10/2020

Ronaldinho Silva Santos

Assinatura do beneficiário (ou representante)

Assinatura do beneficiário (ou representante)

Raimundo Novato Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.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: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000014196-3

Nr. da Autenticação E6A860C2EDC525D3



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0040304-0

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ené Garcez, 691 - 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 Imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003863938

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\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	246	310,99

MARGARIDA MARIA JARDELINO VIGARIO
R. 07 DE SETEMBRO 181 ALVORADA

CPF: 00046548270304

CEP: 69.317-186 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 34481	Atual: 19/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 34235	Anterior: 17/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 16/11/2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 17/10/2019	Número Medidor: 11ET083942
Consumo medido: 246	Apresentação: 19/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 246	R: 11.001.19.07.067888	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
CONSUMO 246 A R\$ 0,764602 =	188,09
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 07/19-00	0,00
CORR MONETÁRIA TCD IG 11/12	0,21
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/19-00	0,75
MULTA POR ATRASO DE 1 07/19-00	1,65
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00	0,00
MULTA POR ATRASO 07/19-00	0,00
PARCELAMENTO DE DÉBITO 11/12	65,20
JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00	42,14
ILUMINAÇÃO PÚBLICA	0,00

Parcelamento: 65,20
Wizimbo de Trás: 80,00

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 246 - 0.634628	Valor: 165,80
Média 12 meses:	

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 09/2019 Valor R\$ 251,32

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/11/2019 em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 312,87 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsi-derar este aviso.

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 10/01/2020.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO	COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$
	Energia: 182,47 Distribuição: 48,33 Transmissão: 0,00 Encargos: 5,32 Tributos: 31,97	Base de Cálculo: 188,09 ICMS: 17,00% = 31,97 PIS: 0,00000% = 0,00 COFINS: 0,00000% = 0,00
INDICADORES DE CONTINUIDADE		
DIC	FIC	DMC
Mensal Trimestral Anual	Mensal Trimestral Anual	Mensal
Limite		
Realizado		
Conjunta		
DISTRITO		

R: 11.001.19.07.067888



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

SEU CÓDIGO

0040304-0

MÊS FATURADO

10/2019

Nº da Nota Fiscal:

003863938

TOTAL A PAGAR - R\$

310,99

VENCIMENTO

06/11/2019

83620000003 9 10990075000 0 00000000040 6 30401019008 6

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ena Garcez, 691 - 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 Impostos autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 003663938
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

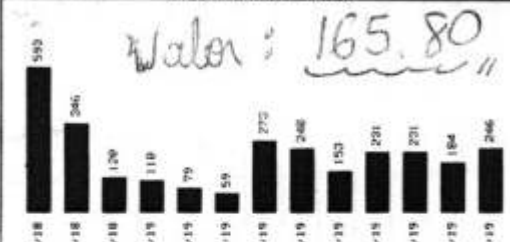
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	246	310,99

MARGARIDA MARIA JARDELINO VIGARIO
R. 07 DE SETEMBRO 181 ALVORADA

CPF: 00046548278004
CEP: 69.317-188 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 34481	Atual: 19/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 34235	Anterior: 17/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 18/11/2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 17/10/2019	Número Medidor: 11E083942
Consumo medido: 246	Apresentação: 19/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 246	R: 11.001.19.07.067800	Modelo: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	246 A R\$ 0,764602 = 188,09
CORREÇÃO MONETARIA DA 07/19-00	0,08
CORR MONETARIA TCD IG 11/12	2,21
CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00	1,75
MULTA POR ATRASO DE 1 07/19-00	3,55
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00	0,61
MULTA POR ATRASO 07/19-00	4,87
PARCELAMENTO DE DEBITO 11/12	65,20
JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00	3,49
ILUMINACAO PUBLICA	42,14
<i>Parcelamento: 65,20</i> <i>Desconto de Trás: 80,00</i>	

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 246 - 0,634620	<i>Valor: 165,80</i>
Média 12 meses: 219	



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 09/2019 Valor R\$ 251,32

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/11/2019 em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 312,87 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconSIDERAR este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 03/11.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO							
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$							
Energia:	Encargos:						
Distribuição:	Tributos:	5,32					
Transmissão:		31,97					
		0,00					
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$							
Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR					
ICMS:	17,00%	31,97					
PIS:	0,000000%	0,00					
COFINS:	0,000000%	0,00					
		0,00					
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIC			FID	DMC	DICR		
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite							
Realizado	0,85	17,70	35,40	0,46	16,92	33,84	4,82
Conjunta	0,52						
DISTRITO			Período de apuração:		08/2019	EUREIO	75,79

R: 11.001.19.07.067800

PCN



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ena Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0040304-0

MÊS FATURADO
10/2019

Nº da Nota Fiscal:
003663938

TOTAL A PAGAR - R\$
310,99

VENCIMENTO
06/11/2019

MÊS/ANO: 07/2019	VENCIMENTO: 15/08/2019	MATRÍCULA: 00099358.1
------------------	------------------------	-----------------------

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0
03/2019	0	02/2019	0	01/2019	0

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

AGUA	0 M3	23.83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19.06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0.85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

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
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



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 2212 (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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RONALDO SILVA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RONALDO SILVA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 conforma determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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	
Rua: 05		121			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471		
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
nonatosilva638@gmail.com				(95) 99114-4021	

Boa Vista, RR de Novembro de 19
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

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 2212 (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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RONALDO SILVA SANTOS inscri
(a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 do sinistro de DPVAT: cobertura INVALIDEZ da Vitim
RONALDO SILVA SANTOS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 conform
determinação da Circular Susep 445/12:
☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

Boa Vista, RR de Novembro de 19
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante



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

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

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

1901172586

11/10/2019 09:15:53

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 10

Paciente

RONALDO SILVA SANTOS

Data Nascimento

05/05/1981

Idade

38 A 5 M 6 D

CNS

CPF

71011897253

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE 221639

SSP/RR

01/09/2009

M

SOLTEIRO(A)PADA

IMPERATRIZ - MA

BRASILEIRA

Mãe

Pai

Contato

MARIA ODETE SILVA SANTOS

FRANCISCO TAVEIRA DOS SANTOS F (95) 99167-5989

Endereço

RUA - RIO GRANDE DO NORTE - 774 - ESTADOS - BOA VISTA - RR

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº 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.

Peso

Pressão

Sector

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

TRANSPORTADO POR TER

Procedimento Sol.

Registrado por:

ERBEJONE.SIMPLICIO

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)

TRAUMA CONTUSO NO OMBRO E COTOVELO @ PAVIAZ
ACIDENTE COM MOTOCICLETA (SIC)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG/OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

8 . NOV 2019

Certifico que o paciente apresenta
cópia e não tem o Original
que foi enviado para este Hospital

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: Coronária

☐ 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: erbejone.simplicio
Data Hora: 11/10/2019 09:16:42

CIVIL Henrique R. da Silva
Esp. OCOCN - 11/10/2019
CRM-RR 18103

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1928/PR



1901172586

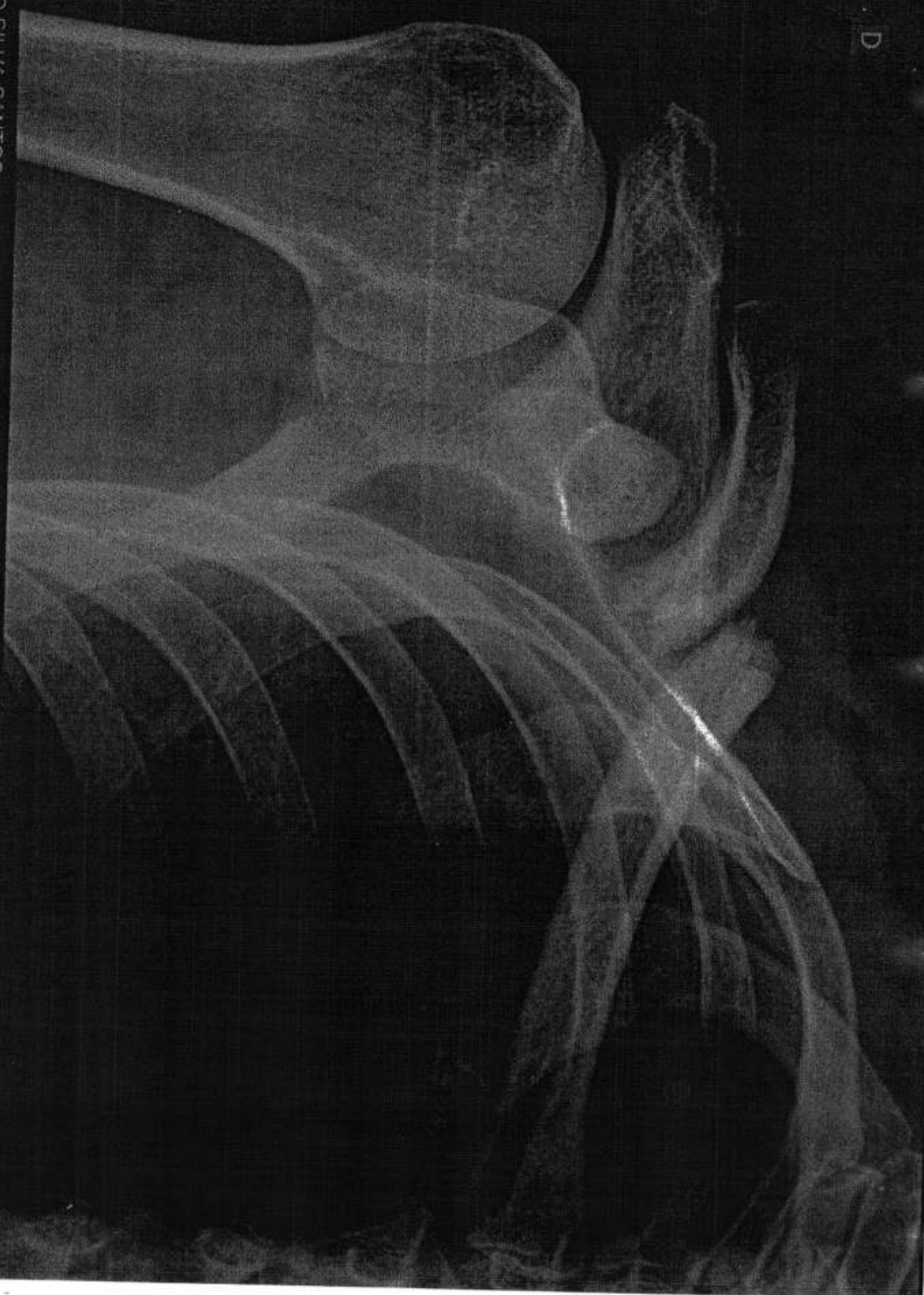
Vitor P.

Ft Clareira D

- CD mullgoir



D



RONALDO SILVA SANTOS

12732

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/11/2019

Cloudoaldo

121 3 %

Not intended for official interpretation.

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMURO

10/11/2019

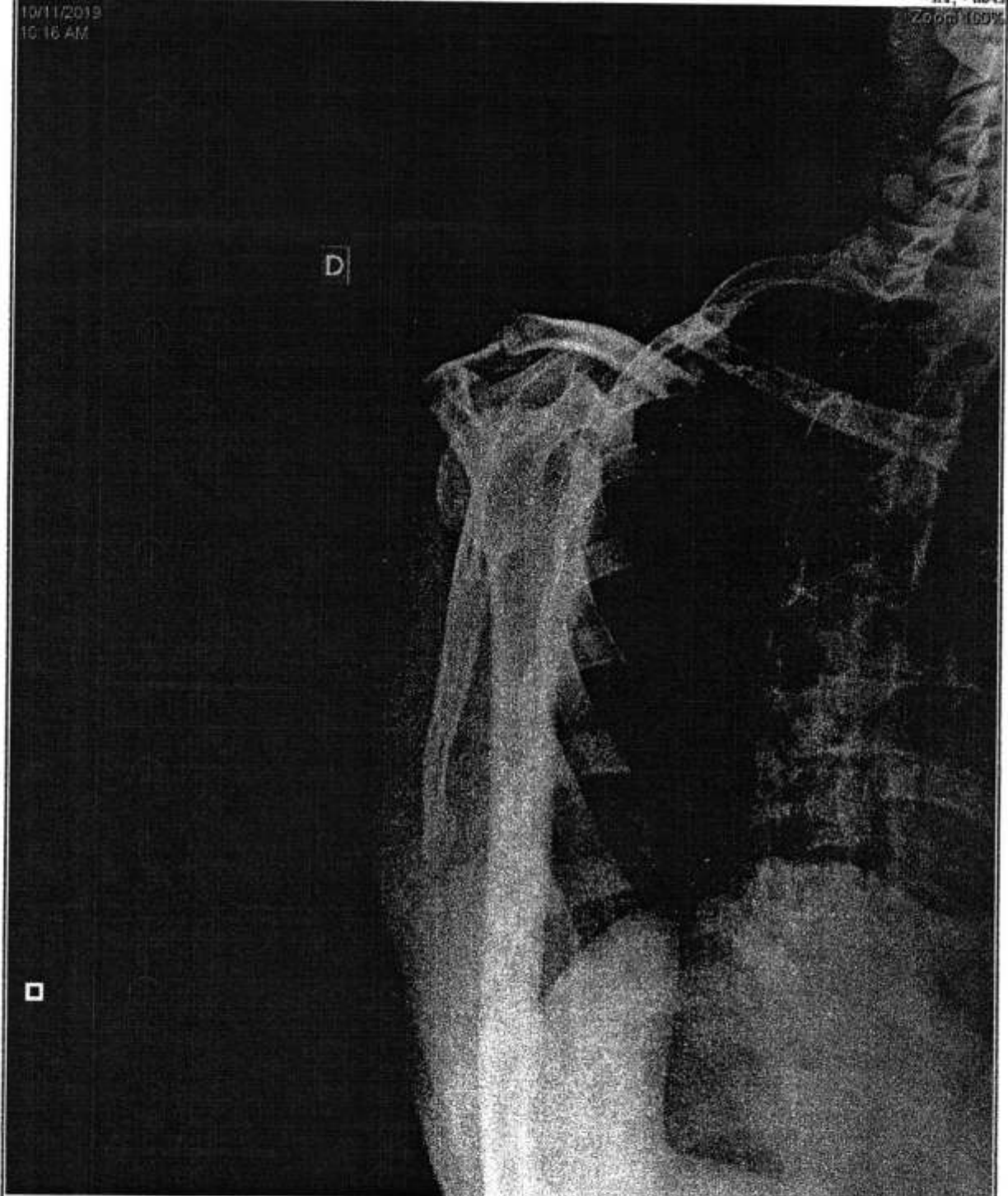
10:16 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator: NEXRAD/Usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%



SID mm

L 120

W 2100

Not intended for official interpretation.

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMBIRO

10/11/2019

10:17 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator N°RAIOX/usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%



SRD mm

L 128
W 250

Not intended for official interpretation.

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMURO

10/11/2019

10:26 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator HGR/RAIO/Usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%

Σ

D

□

SID mm

L 120

W 2100



GOVERNO DO PARANÁ
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Raúl do Silva Santos

RECEITUÁRIO

União Médica

Paciente com fratura de clavícula
diurita (CID 962.0) há 26 dias um
tratamento com medicação
química. Paciente de 26 (dezoito) dias
de tratamento de um tratamento de
cuidar desta data

DATA 06/11/20

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 2007

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro das Vistas
CEP: 69.301-150 - CNPJ: 04.013.405/0001-00