



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037265/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/10/2019 10:49 Data/Hora Fim: 25/10/2019 11:04

Origem: Polícia Judiciária Data: 25/10/2019

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 26/06/2019 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: Cassiopéia

Ponto de Referência: Colégio Militar Irmã Maria Tereza Paróquia

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: ELAINE DE SOUZA VIEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Normandia Sexo: Feminino Nasc: 24/03/1975  
Profissão: Do Lar Escolaridade: Ensino Fundamental Completo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Leonete de Souza Nome do Pai: Zenobio Vieira da Rocha

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 660.739.102-82

RG - Carteira de Identidade: 211895

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua 04

Nº: 61

Complemento: Casa

Bairro: Cidade Satélite

Telefone: (95) 99141-8890 (Celular)

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

**Grupo:** Veículo

**Subgrupo:** Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

**Veículo Adulterado?** Não

**Quantidade:** 1 Unidade

**Situação:** Meio Empregado

**Nome Envolvido**

**Envolvimentos**

Desconhecido 1

Proprietário, Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 25/10/2019 11:04  
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: 037265/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava a pé, veio a colidir por um veículo. Que sofreu lesões corporais e foi socorrida para o HGR. Que o veículo ocasionador evadiu-se do local e não informar nenhuma característica identificadora do mesmo, apenas que era de cor cinza. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURADO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia Civil  
Mat 042000908

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000908  
Responsável pelo Atendimento

25 OUT. 2019

Elaine de Souza Vieira.

Elaine de Souza Vieira  
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

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

**INFORMAÇÕES CADASTRAIS**

Escolha seu(s) local(s) de cobertura:  UNMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Número da AS: 3 - CNP do titular: 660-739-102-82 4 - Nome completo da vítima: *Elaine de Souza Vieira*

REVISÃO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PÁGINA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/ BENEFICIÁRIO/ REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR ASUPE N° 445/2012

5 - Nome completo: *Elaine de Souza Vieira* 6 - CPF: 660-739-102-82

7 - Profissão: *Recepcionista* 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: *601* *casas*

11 - Bairro: *Centro* 12 - Cidade: 13 - Estado: *RR* 14 - CEP: *69.314-473*

15 - Telefone: *951544021* 16 - Tel/fax: *951544021*

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORES E CURAÚMOS) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENDORENTE DE 16 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURAÚDOS**

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 comprovamento anexo (ANEXO CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.00,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$8.000,00  
 SEM INFORMA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$8.000,00

CONTA POUPANÇA (informar no topo da conta número da agência)

Bradesco (239)  Itaú (342)  CDB (204)  Caixa Econômica Federal (101)

Banco do Brasil (004)  Banco Santander (352)

CONTA CORRENTE (caso não houver)

Nome da agência: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: *0653* CONTA: *00048621* 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

Informações adicionais: \_\_\_\_\_ Informações adicionais: \_\_\_\_\_ Informações adicionais: \_\_\_\_\_ Informações adicionais: \_\_\_\_\_

Autentico a Seguradora Lider a creditação da conta bancária informada, de minha total conhecimento, o valor da indenização/fornecimento do Seguro DPVAT é de R\$ 1.000,00 reais, recolhendo-me o mesmo, desde já e automaticamente após a efetivação de crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUS (ÁREA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de morte ou IMI para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.592/94), uma vez que:  

- Não há IMI que atenda a regulação do de dano material, de minha total conhecimento, o valor da indenização/fornecimento do Seguro DPVAT;
- O IMI que atende a regulação do dano material, de minha total conhecimento, é o Seguro DPVAT;
- O IMI, que atende a regulação do dano material ou de minha total conhecimento, é o Seguro DPVAT com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Salvo o que estiver disposto, na forma de enciso de meu pedido de credito do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, ou credito do IMI, comprovando, nesse caso, que me submette a análise médica presencial, uso hospitalar, ato judicial, contorcão ou dispêndio na Lei 6.194/70.

Declaro que esta autenticação não significa, de forma alguma, comprovar a morte ou constatar o óbito ou contestar a declaração de vida, caso descoido do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Grau de parentesco com a vítima: 24 - Vítima deixou companion (relacionar):  Sim  Não 25 - Se a vítima deixou companion (relacionar), informar o nome completo:

26 - Vôo:  Sim  Não 27 - Se faleceu, informar o nome: \_\_\_\_\_

28 - Vôo:  Sim  Não 29 - Se faleceu, informar o nome: \_\_\_\_\_

30 - Vôo:  Sim  Não 31 - Vôo:  Sim  Não 32 - Se faleceu, informar o nome: \_\_\_\_\_

33 - Vôo:  Sim  Não 34 - Vôo:  Sim  Não 35 - Vôo:  Sim  Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso constate, a indenização do Seguro DPVAT por morte de todos beneficiários que se apresentarem e provarem, sua condição, estando dentro, ainda, daquele que é beneficiário, que é devida a obrigação de resarcir o valor recebido, de acordo com o disposto no artigo 255 do Código Civil.

**NÃO ALFABETIZADAS**

36 - CPF: \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assinou o pedido (regol): \_\_\_\_\_

38 - Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do testemunha:

39 - Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha:

02- Admitir re do Representante Legal (se houver)

**41. Qual é a ação de utilidade menor? (Clique na opção)**

1996-1997 (continued)

## Princípio exequo S. Lus

13 - Apreciação da Resposta do paciente

# 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: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000048621-6

---

Nr. da Autenticação CA2BF92B5B092391



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene 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 Impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato  
consoce informe  
este número

SEU CÓDIGO  
0102487-6

Nº da Nota Fiscal  
001613713  
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\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	122	154,35

ELAINE DE SOUZA VIEIRA  
R. 04 61 Q 06 LT 1/0 4 12 CIDADE SATELITE  
CPF: 000000073910282

DADOS DA LEITURA		FOLHA: 20191124_19_058200	
	kWh		kVArh
Atual:	12312	Atual:	11/09/2019
Anterior:	12190	Anterior:	13/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	11/10/2019
Consumo Medido:	122	Emissão:	10/09/2019
Consumo Faturado:	122	Apresentação:	11/09/2019

HISTÓRICO		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses	
RESID. BX. RENDA	MOND	02733222	II	1464489	95	
HISTÓRICO kWh					DESCRÍPCAO DA CONTA	
Mês/ano						
AGO/19	110	CONSUMO	30 A R\$ 0,76/0041	7,87		
JUL/19	100		30 A R\$ 0,49/0059	31,51		
JUN/19	80		30 A R\$ 0,57/0420	14,85		
MAI/19	105	SUBVENÇÃO BAJA KILOWAT	39,23			
ABR/19	100	CORR. MONETÁRIA 100 CIG 1/10	0,29			
MAR/19	92	PARCELAMENTO DE DEBITO 1/10	74,33			
FEV/19	96	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	25,50			
JAN/19	102					
DEZ/18	84					
NOV/18	99					
OUT/18	100					
SET/18	100					
AGO/18	100					
JUL/18	100					
JUN/18	100					
MAI/18	100					
ABR/18	100					
MAR/18	92					
FEV/18	96					
JAN/18	102					
DEZ/17	84					
NOV/17	99					
OUT/17	100					
SET/17	100					
AGO/17	100					
JUL/17	100					
JUN/17	100					
MAI/17	100					
ABR/17	100					
MAR/17	92					
FEV/17	96					
JAN/17	102					
DEZ/16	84					
NOV/16	99					
OUT/16	100					
SET/16	100					
AGO/16	100					
JUL/16	100					
JUN/16	100					
MAI/16	100					
ABR/16	100					
MAR/16	92					
FEV/16	96					
JAN/16	102					
DEZ/15	84					
NOV/15	99					
OUT/15	100					
SET/15	100					
AGO/15	100					
JUL/15	100					
JUN/15	100					
MAI/15	100					
ABR/15	100					
MAR/15	92					
FEV/15	96					
JAN/15	102					
DEZ/14	84					
NOV/14	99					
OUT/14	100					
SET/14	100					
AGO/14	100					
JUL/14	100					
JUN/14	100					
MAI/14	100					
ABR/14	100					
MAR/14	92					
FEV/14	96					
JAN/14	102					
DEZ/13	84					
NOV/13	99					
OUT/13	100					
SET/13	100					
AGO/13	100					
JUL/13	100					
JUN/13	100					
MAI/13	100					
ABR/13	100					
MAR/13	92					
FEV/13	96					
JAN/13	102					
DEZ/12	84					
NOV/12	99					
OUT/12	100					
SET/12	100					
AGO/12	100					
JUL/12	100					
JUN/12	100					
MAI/12	100					
ABR/12	100					
MAR/12	92					
FEV/12	96					
JAN/12	102					
DEZ/11	84					
NOV/11	99					
OUT/11	100					
SET/11	100					
AGO/11	100					
JUL/11	100					
JUN/11	100					
MAI/11	100					
ABR/11	100					
MAR/11	92					
FEV/11	96					
JAN/11	102					
DEZ/10	84					
NOV/10	99					
OUT/10	100					
SET/10	100					
AGO/10	100					
JUL/10	100					
JUN/10	100					
MAI/10	100					
ABR/10	100					
MAR/10	92					
FEV/10	96					
JAN/10	102					
DEZ/09	84					
NOV/09	99					
OUT/09	100					
SET/09	100					
AGO/09	100					
JUL/09	100					
JUN/09	100					
MAI/09	100					
ABR/09	100					
MAR/09	92					
FEV/09	96					
JAN/09	102					
DEZ/08	84					
NOV/08	99					
OUT/08	100					
SET/08	100					
AGO/08	100					
JUL/08	100					
JUN/08	100					
MAI/08	100					
ABR/08	100					
MAR/08	92					
FEV/08	96					
JAN/08	102					
DEZ/07	84					
NOV/07	99					
OUT/07	100					
SET/07	100					
AGO/07	100					
JUL/07	100					
JUN/07	100					
MAI/07	100					
ABR/07	100					
MAR/07	92					
FEV/07	96					
JAN/07	102					
DEZ/06	84					
NOV/06	99					
OUT/06	100					
SET/06	100					
AGO/06	100					
JUL/06	100					
JUN/06	100					
MAI/06	100					
ABR/06	100					
MAR/06	92					
FEV/06	96					
JAN/06	102					
DEZ/05	84					
NOV/05	99					
OUT/05	100					
SET/05	100					
AGO/05	100					
JUL/05	100					
JUN/05	100					
MAI/05	100					
ABR/05	100					
MAR/05	92					
FEV/05	96					
JAN/05	102					
DEZ/04	84					
NOV/04	99					
OUT/04	100					
SET/04	100					
AGO/04	100					
JUL/04	100					
JUN/04	100					
MAI/04	100					
ABR/04	100					
MAR/04	92					
FEV/04	96					
JAN/04	102					
DEZ/03	84					
NOV/03	99					
OUT/03	100					
SET/03	100					
AGO/03	100					
JUL/03	100					
JUN/03	100					
MAI/03	100					
ABR/03	100					
MAR/03	92					
FEV/03	96					
JAN/03	102					
DEZ/02	84					
NOV/02	99					
OUT/02	100					
SET/02	100					
AGO/02	100					
JUL/02	100					
JUN/02	100					
MAI/02	100					
ABR/02	100					
MAR/02	92					
FEV/02	96					
JAN/02	102					
DEZ/01	84					
NOV/01	99					
OUT/01	100					
SET/01	100					
AGO/01	100					
JUL/01	100					
JUN/01	100					
MAI/01	100					
ABR/01	100					
MAR/01	92					
FEV/01	96					
JAN/01	102					
DEZ/00	84					
NOV/00	99					
OUT/00	100					
SET/00	100					
AGO/00	100					
JUL/00	100					
JUN/00	100					
MAI/00	100					
ABR/00	100					
MAR/00	92					
FEV/00	96					
JAN/00	102					
DEZ/99	84					
NOV/99	99					
OUT/99	100					
SET/99	100					
AGO/99	100					
JUL/99	100					
JUN/99	100					
MAI/99	100					
ABR/99	100					
MAR/99	92					
FEV/99	96					
JAN/99	102					
DEZ/98	84					
NOV/98	99					
OUT/98	100					
SET/98	100			</td		

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 N° 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analizadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201609 - 14º 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



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 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELAINE de Souza Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 660.739.102 / 82 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ELAINE de Souza Vieira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 660.739.102 / 82 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Boa Vista, RR de outubro de 2019  
 Local e Data

Raimundo Nonato Silva   
 Assinatura do Declarante

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

1ª Classificação / Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

1901128202

26/06/2019 20:28:22

## FICHA DE ATENDIMENTO / TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 11

Paciente  
ELAINE DE SOUZA VIEIRATipo Doc  
IDENTIDADE  
Mãe

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

CNS

CPF

700701908520378

66073910282

Nacionalidade

BRASILEIRA

LEONETE DE SOUZA

Endereço

RUA - RUA 4 61 Q 06 LT 170 C18 - 61 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

ATROPELAMENTO

URGÊNCIA

CIDADE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:  
RICARDO.PEREIRA

Queixa Principal

Dores torácicas e encefalogia

Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

Paciente agitado, empneu, Glasgow 15, A.A.A., Sinais de trauma no  
cérebro automobilista, em decúbito dorsal, postura em pena direita, edema  
na face esquerda, esguicho, encefalite e espasmo ocoptal, pupilas hiperfáscicas e fixas.

Hipótese Diagnóstica

## S. I - Exames Complementares

 RAIOS-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

## PRESCRIÇÃO

① Diurina

2g EV onça  
20mg EV onça

## APRAZAMENTO

## OBSERVAÇÃO

② Teste

*Luisa Duarte*  
CRM-PER 1787

Fratura de tigela/páteas no 121

Consulta

 Alta por Decisão Médica Alta a Pedido Alta a Roviola Transferência para:*Ortopediz* Ambulatório Observação (Até 24h) Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

01/06

is do 1º Atendimento?  Sim  NãoDestino:  Família IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308

Novo Horizonte - Tel: (55) 3111-0620

Carimbo e Assinatura do Médico

AUTENTICAÇÃO

02/06/2019

*Andréia*

Certifico que o(a) Dr(a) é presente

cópia é de autoria da Original

6-A8AE1300596A.htm

Hospital

Assinado por: ricardo.pereira  
Data Hora: 2019-06-26 20:26:06

5.259-00001/01/01/FF135460-9923-408E-A51



Ortopedia Dr. Patrick

Punt. V. hum. do reb. rebent. Perna met.

refer do reb. rebent.

gff do reb. rebent. (1) 1 rebent.

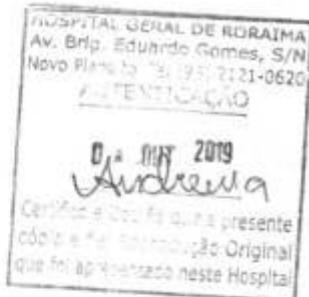
Indicativo fator. Pern. 2 legus rebent. (1)

H. 17 fator. legus rebent.

Dr. Odinath Klemi  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 192

P.º analges. + inedizant + fiori

Rebent. H. + Ortopedia. Rebent. do reb. rebent.



D

ELAINE DE SOUSA MEIRA

8139

24/07/2019

Vilson

78.4%



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

NOME: Elaine dos Vos

RECEITURIN

Saudade med.

Paciente com diagnóstico  
Fratura anel pélvico?  
Uma, anteriormente luxada - se  
consolidada, resgata feridez  
poco melhora dor, diminuindo se  
até zero

011 5328

DATA 25/11/83

  
Assinatura do Clínico

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Mota, 830 - Centro - CEP 69.010-130 - CNPJ 84.013.403/0001-30

207.11962.52-0

4810998

0040

RR

Elaine de souza Vieira



ELAINE DE SOUZA VIEIRA

FILIAÇÃO

ZENOBIO VIEIRA DA RÓCHA  
LEONETE DE SOUZA

SEXO: FEMININO

NASCIMENTO: 24/03/1975

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: R.G. 211895 SEEP RR 13092011

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 660 739 109-42

CHN:

SEÇÃO: 0398

ZONA: 000

TIT. ELEITOR: 002510862631

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRR/RR - 09/05/2014





VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO 357035-5

NOME: **RAIMUNDO NONATO SILVA**

DATA DE EXPEDICAO: 28/01/2016

DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1968

NATURALIDADE: **VARGEM GRANDE - MA**

LOG. ORIGEM: **CETID NASC 2560 FLS 2 LIV A 43**

CNPJ: **475.628.463-91**

3 VIA

Assinatura do Titular: **AMARAL ROCHA TRIANI**

Assinatura da Carteira de Identidade

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.7

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

<b>Número do sinistro:</b>	3190611909
<b>Nome do(a) Examinado(a):</b>	ELAINE DE SOUZA VIEIRA
<b>Endereço do(a) Examinado(a):</b>	RUA 04 61 CASA CIDADE SATÉLITE
<b>Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:</b>	660.739.102-82
<b>Data e local do acidente:</b>	26/06/2019 BOA VISTA - RR
<b>Data e local do exame:</b>	BOA VISTA/RR, 16/12/2019

**Resultado da Avaliação Médica**

**I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO OM CONSEQUENTE FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D

**II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA DE NOVEMBRO DE 2019

**III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

QUADRIL/PÚBIS: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/ABDUÇÃO - TESTE DE PATRICK POSITIVO LADO D

**IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

( X ) SIM ( ) NÃO

**V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

( X ) SIM ( ) NÃO

**VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.**

QUADRIL D: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO-FUNCIONAL EM GRAU ACENTUADO

**VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em\_dias.

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

**Região Corporal (Sequela): QUADRIL D**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( X ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII) .\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

## DECLARAÇÃO DE INSUFICIENCIA DE SERVIÇO PÚBLICO

**EU:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA,  
portador da carteira de identidade de nº 211895. SCSPI/RR, e  
CPF nº 660.739.102-82, residente e domiciliado à  
Rua 04 Bairro Cedado Satélite nº 61,  
na Cidade de Bon Vento - Roraima.

**DECLARO** para os devidos fins de direito e em especial à Seguradora Lider dos Consórcios que, fui socorrido por terceiros e levado ao pronto socorro, mesmo existindo serviço de atendimento de emergência na cidade. Tal feito se deve a insuficiência técnica e operacional do serviço, onde a demanda não é suprida por falta de investimento do poder público.

Declaro sobre as penas da Lei nº 7.115/83 e do art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as declarações acima são verdadeiras.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos.

Bon Vento, RA de outubro de 2019

Elaine de Souza Vieira  
**ASSINATURA DO DECLARANTE**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

556912

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379318/19

Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

CPF: 660.739.102-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/06/2019

Titular do CPF: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91**

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

**ELAINE DE SOUZA VIEIRA : 660.739.102-82**

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2019  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190611909      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA      **Data do acidente:** 26/06/2019      **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D

**Descrição do exame** APRESENTA TESTE DE PATRICK POSITIVO A DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO **físico:** QUADRIL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D, FOI SUBMETIDA A CLÍNICO. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM QUADRIL DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO QUADRIL DIREITO EM GRAU INTENSO.

## 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 quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190611909      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA      **Data do acidente:** 26/06/2019      **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D

**Descrição do exame** APRESENTA TESTE DE PATRICK POSITIVO A DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO **físico:** QUADRIL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D, FOI SUBMETIDA A CLÍNICO. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM QUADRIL DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO QUADRIL DIREITO EM GRAU INTENSO.

**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 quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190611909      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA      **Data do acidente:** 26/06/2019      **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE RAMO ISQUIOPÚBICO À DIREITA. PR1, 2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. 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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190611909      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA      **Data do acidente:** 26/06/2019      **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE RAMO ISQUIOPÚBICO À DIREITA. PR1, 2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. 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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PROCURAÇÃO

## **OUTORGANTE:**

NOME: ELAINE DE SOUZA VIEIRA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: PROFISSÃO:  
RG: 211895 CPF: 660.739.102-82 ENDEREÇO: RUA/AV,  
BAIRRO: Cidade SATELITE N.º 61  
CEP 69.317-473 CIDADE: BON VISTA /RR

VÍTIMA: ELAINE de SOUZA VIEIRA  
CPF: 660.739.102-82 DATA DO ACIDENTE: 26/02/19  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

## **OUTORGADO:**

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: Recaudo  
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 INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

*Bon Vista*, 25 de outubro de 2019  
  
Elaine de Souza Vieira  
Assinatura

**Reconhecimento por autenticidade.**



**CARTÓRIO LOUREIRO**  
Av. VELA BOX, nº 567A - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO CARTÓRIO LOUREIRO 2019/2020  
REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)  
(132XNGN01) - ELAINE DE SOUZA VIEIRA

LG - Em testemunho P. da verdade Boa Vista, 26/10/2018  
Emol. 2.45 FUNDEJURR 0.25 FISC 0.10, FECON 0.10, ISS 0.10 VIF 0.00  
Selo: RECFIR158345/WOH6UQ2BEX1ZVG10 N° Ticket: 00218  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portaiselorr.com.br>  
CPF Solicitante: 66073910282

*Andre G. Sabino*  
Escrevente Autorizado  
Cartório Loureiro

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379318/19

**Vítima:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA

**CPF:** 660.739.102-82

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/06/2019

**Titular do CPF:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### ELAINE DE SOUZA VIEIRA : 660.739.102-82

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2019  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379318/19

**Número do Sinistro:** 3190611909

**Vítima:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA

**CPF:** 660.739.102-82

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/06/2019

**Titular do CPF:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

\_\_\_\_\_  
RAIMUNDO NONATO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

\_\_\_\_\_  
SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190611909**

**Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

**Data do Acidente: 26/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190611909**

**Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

**Data do Acidente: 26/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190611909**

**Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

**Data do Acidente: 26/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190611909**      **Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

**Data do Acidente: 26/06/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =      R\$ 2.531,25

Recebedor: **ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **000000048621-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

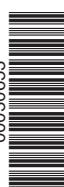
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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: 660-739-102-82 4 - Nome completo da vítima: ELAINE de Souza VIEIRA

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

5 - Nome completo: ELAINE de Souza VIEIRA 6 - CPF: 660.739.102-82  
 7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua 04 9 - Número: 61 10 - Complemento: casas  
 11 - Bairro: Cedado Satélite 12 - Cidade: Bon Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-473  
 15 - E-mail: monata.Silva.638@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 95) 991144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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 BANCARIOS:  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: 0653 CONTA: 00048621 (6)  (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data da morte 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 (vivinascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

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

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)