

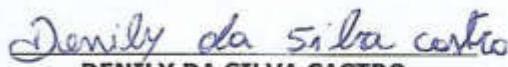


BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

REGISTRO N°	1986 /2018		Hora	10:20	Data	14/12/2018	
DADOS DO (A) COMUNICANTE:							
NOME	DENILY DA SILVA CASTRO						
NACIONALIDADE	BRASILEIRO	Estado Civil	CASADO	Profissão	DIARISTA		
PAI	DIONIRIO SOARES DE CASTRO						
MÃE	ROSIMEIRY DA SILVA						
IDENTIDADE	404727-3	Órgão Expedidor	SSP/RR	CPF	029754132-38		
ESCOLARIDADE	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO		Sexo	MASC..			
NATURALIDADE	SÃO JOÃO DA BALIZA	DATA NASC.	21/01/1996	Idade	22 ANOS		
ENDEREÇO	RUA P 07, 129						
BAIRRO	SÃO FRANCISCO	Cidade/UF	BOA VISTA/RR	TEL/OPER.	99130-2903		
DADOS DA OCORRÊNCIA							
LOCAL DO FATO	CCI			BAIRRO	ZONA URBANA		
CIDADE	CARACARAÍ		Hora	17:00	DATA		26/10/2018
AUTOR:							
ENDEREÇO:							
NATUREZA DA OCORRÊNCIA:	ACIDENTE DE TRANSITO						
RELATO DO FATO:							

Senhor Delegado,

Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil o comunicante acima qualificado para informar que conforme data e hora acima citada o mesmo estava pilotando uma motocicleta HONDA TITAN 150.2013/14, VERMELHA, PLACA NAU 4771, CHASSI 9C2KC1650ER016113 quando sofreu um acidente de trânsito. QUE o comunicante sofreu uma colisão de outro motociclista; QUE devido o acidente o mesmo sofreu fratura exposta no seu pé esquerdo e várias escoriações em seu corpo. QUE o mesmo foi socorrido pelo SAMU e depois removido para o HGRR. Era o que tinha a relatar.

 JAMY RODRIGUES <small>Agente de Polícia Civil</small>		 DENILY DA SILVA CASTRO <small>Comunicante</small>	
<input type="checkbox"/> Aguardar novos fatos em cartório. <input type="checkbox"/> Fato Atípico. Esfera cível/adm. Arquive-se. <input type="checkbox"/> Encaminhe-se a(o) _____. <input type="checkbox"/> Intime-se _____. <input type="checkbox"/> Junte-se _____. <input type="checkbox"/> Aguardar Representação da vítima. <input type="checkbox"/> Ao Delegado Titular <input type="checkbox"/> Outros: <hr/>		<input type="checkbox"/> Aguardar novos fatos em cartório. <input type="checkbox"/> Fato Atípico. Esfera cível/adm. Arquive-se. <input type="checkbox"/> Encaminhe-se a(o) _____. <input type="checkbox"/> Intime-se _____. <input type="checkbox"/> Junte-se _____. <input type="checkbox"/> Aguardar Representação da vítima. <input type="checkbox"/> Ao Delegado Titular <input type="checkbox"/> Outros: <hr/>	
Caracaraí/RR _____ de _____ 2018.		Caracaraí/RR _____ de _____ 2018.	
Delegado de Polícia Civil		Delegado de Polícia Civil	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – DAT



“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”

**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1986/2018/CARACARAÍ – DELEGACIA DE
ACIDENTE DE TRÂNSITO**

O Sr.:

NOME: FRANCISCO CARLOS DA ROCHA

RG Nº.: 48793 SSP/RR.

SEXO: MASCULINO.

DATA DE NASCIMENTO: 08/06/1961.

TELEFONE: 99119-3710

ENDEREÇO: RUA ANTONIO BATISTA DE MIRANDA, Nº 552 - EQUATORIAL

CIDADE: BOA VISTA - RR.

O comunicante compareceu nesta especializada, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado, os dados da motocicleta que a vítima conduzia no dia do acidente, sendo uma **Honda CG 150cc FAN, de cor vermelha, placa NAU-4771, CHASSI 9C2KC1650ER016113**, tendo como proprietário o Sr. **FRANCISCO CARLOS DA ROCHA**.

Boa Vista - RR, 31 de Dezembro de 2018.

Daniel Baraúna Magalhães
Agente de Policia Civil

Francisco Carlos da Rocha
FRANCISCO CARLOS DA ROCHA
Comunicante

31.12.2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DIAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº doório ou AGI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	029.754.132-38	Denyli da Silva Castro		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Denyli da Silva Castro				
Profissão: Diarista	Endereço: Rua: P-07	CPF: 029.754.132-38	Número: 429	Complemento: corso
Sobrenome: Francisco	Cidade: Caracarai	Estado: RR	CEP: 69.300-000	
E-mail: ILOIRRR@hotmail.com	(051) 99154-4282			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

RENDA MENSAL:

- REUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$6.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abanc. Assinale uma opção)
 Bradesco (239) Itaú (541)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

AGÊNCIA: 3559 CONTA: 7778
 (Informar o dígito de conta) (Informar o dígito de conta)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito de conta) (Informar o dígito de conta)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que encou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo acimacitado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às cutas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.294/74, art. 29, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou: _____
 masculino (var nascer)? Sim Não Vítima deixou: _____
 pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 intimação de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e data: Bon Vista - RR, 23/01/19
Nome: Denyli da Silva Castro
CPF: 029.754.132-38

(*) Assinatura de quem assina o RG
 Denyli da Silva Castro
 Assinatura da vítima/beneficiário (decedente)

TESTEMUNHAS

1º I Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º I Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A assinatura deve ser feita na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do íntimo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

26/10/18
21:36 4

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente	Denilys da Silveira CASTRO 25/01/1966		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Mae	RG 4007213-000/PE			M			
Endereço	Av. Presidente Dutra, 120 - Centro - RR (CHARACARA II) 99151-5857						

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Profissional do Atend.	Procedência	Temp.
Setor	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA			Peso
		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.	Pressão

Queixa Principal	<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input checked="" type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue		
Antecedentes da Enfermagem					
Exame Físico	<input checked="" type="checkbox"/> TCC neg Pe <input checked="" type="checkbox"/> Crepitacções e Desmodiclos			GSC	TOTAL
Anternesse - (HORA DA CONSULTA - : h)				AO: 1234 RV: 12345 MARV: 123456	RS

TCC neg Pe Crepitacções e Desmodiclos
 BCO 1076 NC Vexa

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON UTC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PREScrição

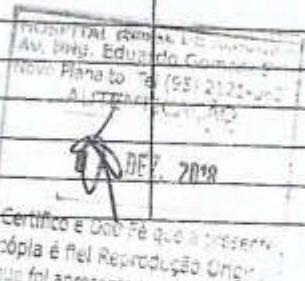
APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

- Regresso 28 ed
- Antecicose 40y ed 20/10/2018
- 11 Osmeia ID
- Cefalatino 28 ed
- Cervicais

DR. Júlio Moreira A,
MEDICOGRAFIA 1025

26 OUT. 2018



Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta à Revenda
- Transferência para: *Outro endereço*

Ambulatório

Observação (Até 24h)

Internação

Data e Hora da Saida/Alta:

IM. Anatomia Patológica

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO , 1832 2
BURITIS -
CEP 69.309-209 - BOA VISTA - RR
CPF 383.051.512-04 RG 114807 SSP RR 11-04-96
Roteiro: 001.12.04.021718
BOA VISTA ENERGIA S.A.

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.eletrobrasroraima.com

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único
0108915-3

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado
21/09/2018	27/08/2018	24/09/2018	25/10/2018	28	24/09/2018	09/2018
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD
1.1.1.2	Residencial Normal	Bifásica	N 15 19.448	Normal		
Consumo	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	Cons. Medido	Cons. Faturado
	2206908	25445	25199	1.00000	5	246
						246

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
08/2018	292	TUSD (*) 42,16	Consumo 246 kWh a 0,574560	0,456770	141,34
07/2018	237	TE (*) 67,42	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		30,66
06/2018	246	Transmissão 0,00	Parcelamento De Débitos 5/6		118,80
05/2018	223	Encargos 2,80			
04/2018	264	Tributos 28,96			
03/2018	208				
		(*) TUSD=Tarifa de Uso do Sistema de Distribuição; TE=Tarifa de Energia			
02/2018	221				
01/2018	223				
12/2017	255				
11/2017	282				
10/2017	285				
09/2017	355				
Média		Pis - 0,87			
12 meses	257	Cofins - 4,07			

Indicadores de Continuidade: 07/2018				Conta em Débito			
Cl.	14 - FLORESTA	EUR	R\$ 52,76	Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual			
DIC	8,85	3,49	17,70	35,46	08/2018	0	11/09/2018
FIC	8,46	13,00	16,92	33,84			
DMIC	4,82	0,44	4,82	4,82			
Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 336,31							

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> Caso haja cobrança de serviços de terceiros em sua fatura (LBV) poderá ser cancelada em nossos

=> canais de atendimento.

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo
141,34

Aliquota
17,00

Valor do ICMS
24,02

Vencimento
11/10/2018

Valor a Pagar
R\$ 290,80

Reservado ao Fisco
B276.482A.806B.0A87.833B.6719.CAC7.15FA

FaturaEventual.apg V 8.07.19/02/2018

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o
débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
Código para débito automático: 0108915-3

UC
01089153 Mês Faturado
09/2018 No. FD
00 TC
6

Vencimento
11/10/2018

Valor a Pagar
R\$ 290,80

83640000002 9 90800075000 4 00000000108 1 91530918006 4



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flávia Inácia de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Demilly ida Silva Castro inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 029.754.132 38 do sinistro de DPVAT cobertura Invulnerável da Vítima
Demilly ida Silva Castro inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.754.132 38 conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

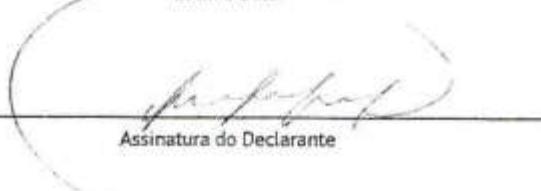
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número	<u>1832</u>	Complemento
Bairro	<u>Burelles</u>	Cidade	<u>Beira Vista</u>	Estado
Email	<u>ILOIRRP@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD)		CEP
				<u>69.309-209</u>
				<u>(95) 99150-4282</u>

Boa Vista - RR , 23 de 01 de 2019

Local e Data


Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Carlos da Rocha,
RG nº 48793, data de expedição / /,
Órgão SFP-RR, portador do CPF nº 345.638.002-87, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Antônio
Batista de Miranda, nº 552,
Bairro: Equatorial, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Denilys da Silva Castro,
cujo o condutor era Denilys da Silva Castro.

Veículo: Motocicleta

Modelo: HONDA CG 150cc FAN

Ano: 2013/2014

Placa: NAU - 4771

Chassi: 9C2KC165ER016113

Data do Acidente: 26/10/2018

Local e Data: Boa Vista/RR, 31 / 12 / 2018.

Francisco P. Roeha

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataíde Teixeira, 4057 - Asa Branca - Boa Vista/RR
Fone: (65) 3627-4156
E-mail: oficina@cartorio-danielaquino.com.br

Enunciado de Verdade, BPO
De que dou fá, Boa Vista/RR, 31 de dezembro de 2018.
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
DANIEL AQUINO e FRANCISCO CARLOS DA ROCHA

Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalsejor.com.br
RECFCR160296YJOTQHSD0VSIUFH13 /

Envolvidos: R\$ 2,30 Fundos: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,90

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

72313

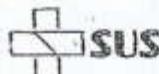
72313

72313

72313

72313

BLOCO D



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

Alt: 32.33.2018

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Denilky Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

31016410514043112810

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/10/1996

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Renilene de Souza

000

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

P. 4.2.3.29, São Joaquim

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Coronel F.

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

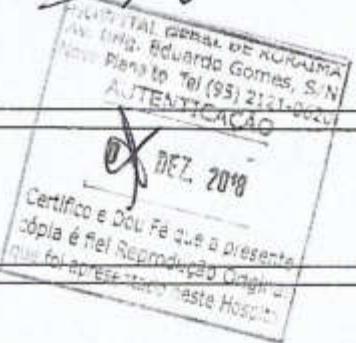
15 - UF

RJ

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fevereiro posto de 3 a 40
micturícos húmidos



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TBC corrigido

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX

20 DESCRIÇÃO DA QUINTA-CAUSAS

TBC De Pele

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PRINCIPAL PROCEDIMENTO SOLICITADO

LMCT lumbosacra

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO REGISTRO DO CONSELHO

26/10/18

33 - VÍNCULO DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - RÉPLICA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CEOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() CNS

() CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

03080/0019

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

5929 T068

V299

TRABALHADOR

Série nova Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo
Brasília Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto
nº 22.073 de 20/03/1942 e posteriormente referenciada
pelo Decreto nº 3462 de 01/05/1945 que aprova a CTPS.
Elas são documentos obrigatórios para o exercício de qualquer
atividade profissional.

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

O conjunto de anotações contido neste documento é o seu estudo de conservação, expressivo a conduta à qualificação e às atividades profissionais do seu portador.

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

CONHECIMENTO COM RECURSOS DO
PES - LÍNEA DE AMPARO AO TRABALHADOR

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO & EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

160.92154.10-3

1791625

0040

RR

Denilys da Silva Castro



03

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



DENILYS DA SILVA CASTRO

FILIAÇÃO: DIONÍLIO SOARES DE CASTRO
ROSIMERY DA SILVA

NASCIMENTO: 21/01/1986

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SÃO JORO DA BALIZA - RR

DOCUMENTO: C. I. 404277-3-27/01/2010 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 16 DE MAIO DE 1995

CNPJ: 028 754-132-38

SEÇÃO: 0069

ZONA: 002

CPF: 00486942631

TIT. ELEITOR: 00486942631

DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 16/10/2013

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

TIPO:

DATA DE NAC.: 16/10/2013

NOME:

DOCUMENTO:

NOME:

DOCUMENTO:

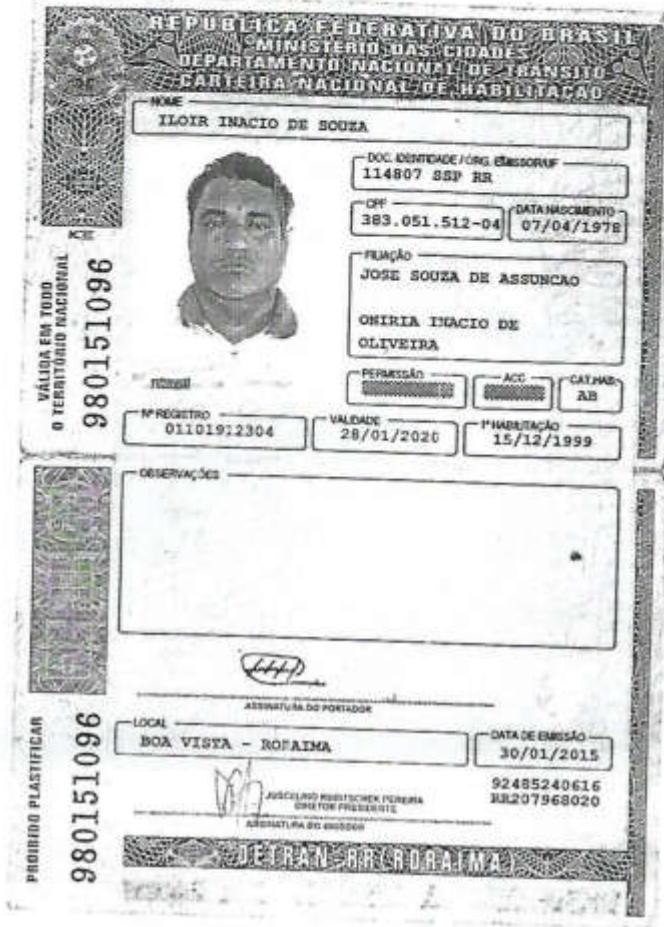
NOME:

DOCUMENTO:

LEGENDA
1. DOCUMENTO ORIGINAL
2. DOCUMENTO AUTENTICO
3. DOCUMENTO FALSO

03

24 JAN. 2016



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190085369 **Cidade:** Caracaraí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENILY DA SILVA CASTRO **Data do acidente:** 26/10/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS 3º E 4º METATARSOS DIREITO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARS, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %
				R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036538/19

Vítima: DENILY DA SILVA CASTRO

CPF: 029.754.132-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/10/2018

Titular do CPF: DENILY DA SILVA CASTRO

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

DENILY DA SILVA CASTRO : 029.754.132-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/01/2019
Nome: DENILY DA SILVA CASTRO
CPF: 029.754.132-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: ANGELILCE ARRUDA MOREIRA
CPF: 720.283.862-15

DENILY DA SILVA CASTRO

ANGELILCE ARRUDA MOREIRA

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

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085369

Vítima: DENILY DA SILVA CASTRO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DENILY DA SILVA CASTRO

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. 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, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190085369

Vítima: DENILY DA SILVA CASTRO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DENILY DA SILVA CASTRO

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

Documentação médica-hospitalar

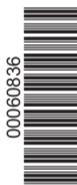
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085369

Vítima: DENILY DA SILVA CASTRO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DENILY DA SILVA CASTRO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	029.754.132-38	Denily Ida Silva Castro		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	Enderéco:	029.754.132-38	Número:	Complemento:
Bairro:	Rua: P-07	CEP:	69.300-000	
Sítio Francisco	Cidade: Caracarai	Estado:	RR	Tel.(DDD): (95) 99154-4282
E-mail:	ILOIRRRA@hotmail.com			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3559 CONTA: 7778 Dígito: 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Local e Data: Bon Vista-RR, 23/01/19
Nome: Denily Ida Silva Castro
CPF: 029.754.132-38

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Denily Ida Silva Castro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.