



FICHA DE ATENDIMENTO

EQUIPE SAMU BV
UNIDADE **BRAVO III**Nº **1120**SAMU
192EQUIPE: *Coord. Turgem Leir Wilhaus*Paciente: **GABRIEL TEODORO RIBEIRO BEATO**Nacionalidade: **BRASILEIRO**Idade: **20**Sexo: **M**Endereço: **AV. CAR. Ataide Leir**

Raça: Branca [] Negra [] Parda [x] Amarela [] Indígena-Etnia

Bairro: **Parque**Nº **9859**DATA: **10/06/19**HORA J/B: **16:04**BASE ☒ VIA ☒☒ RÁDIOMédico (a) Regulador (a): **DR. LUIZ**HORA J/D: **16:11**☒ CELULARMOTIVO
INICIAL: **Acido a BI**INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒1 a 3 horas ☒4 a 24 horas ☒Mais de 24 horas ☒Não sabe ☒

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒
- Acidente de trânsito
-
- ☐
- Agressão física / espancamento
-
- ☐
- Agressão física - FAF
-
- ☐
- Agressão física - FAB

- ☐
- Urgência psiquiátrica
-
- ☐
- Tentativa de suicídio
-
- ☐
- Envenenamento
-
- ☐
- Afogamento

- ☐
- Queimadura
-
- ☐
- Choque elétrico
-
- ☐
- Queda
-
- ☐
- Urgência clínica

- ☐
- Urgência obstétrica
-
- ☐
- Transferência
-
- ☐
- Exame complementar
-
- ☐
- Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA

MEIO DE LOCOMOÇÃO

OUTRA PARTE ENVOLVIDA

ITENS DE SEGURANÇA

- ☐
- Pedestre
-
- ☒
- Condutor
-
- ☐
- Passageiro
-
- ☐
- Ignorado

- ☐
- A pé
-
- ☐
- Automóvel
-
- ☒
- Motocicleta
-
- ☐
- Bicicleta

- ☐
- Ônibus
-
- ☐
- Micro-ônibus
-
- ☐
- Outro

- ☒
- Automóvel
-
- ☐
- Motocicleta
-
- ☐
- Ônibus
-
- ☐
- Micro-ônibus

- ☐
- Bicicleta
-
- ☐
- Animal
-
- ☐
- Outro

- ☐
- Capacete
-
- ☒
- Cinto de segurança
-
- ☐
- Airbag
-
- ☐
- Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS

VENTILAÇÃO

CIRCULAÇÃO

AVAL NEUROLÓGICA

- ☒
- Livre
-
- ☐
- Obstrução Parcial
-
- ☐
- Obstrução Total
-
- ☐
- Corpo estranho
-
- ☐
- Outro:

- ☐
- Apnéia
-
- ☐
- Dispnéia
-
- ☐
- Bradpneia
-
- ☐
- Taquipnéia

- ☐
- Bradicárdico
-
- ☒
- Taquicárdico
-
- ☐
- Enchimento capilar acima de 2"
-
- ☐
- Pulso radial ausente
-
- ☐
- Pulso central ausente
-
- ☐
- Cianose central
-
- ☒
- Extremidade

- ☐
- Miose
-
- ☐
- Midriase
-
- ☐
- Anisocoria
-
- ☒
- Aparelho Alcoolizado
-
- ☐
- Agitação psicomotora

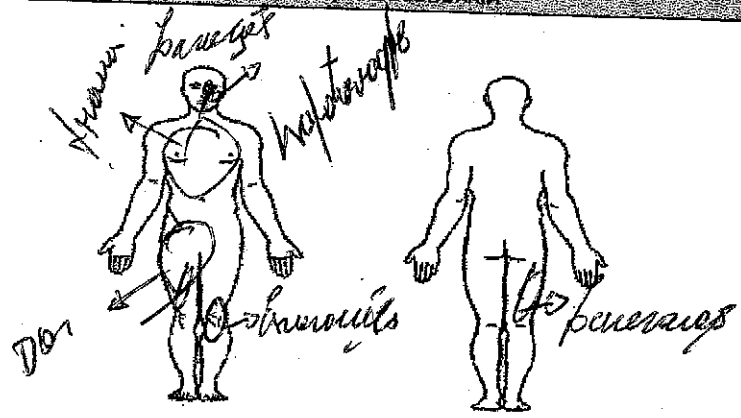
SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 16:30	130/80	94	21	96	35,1	-	8	15
Fim 16:42	120/80	98	22	99	35,3	-	8	15

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA

- ☒
- Dor
-
- ☐
- Hematoma
-
- ☐
- Contusão
-
- ☐
- Escoriação
-
- ☐
- Laceração
-
- ☐
- Luxação
-
- ☐
- Fratura fechada
-
- ☐
- Fratura exposta
-
- ☐
- Amputação
-
- ☐
- Evisceração
-
- ☐
- Afundamento de crânio
-
- ☐
- Ferimento penetrante
-
- ☐
- Tórax instável
-
- ☐
- Enfisema subcutâneo
-
- ☐
- Ferida aspirativa
-
- ☐
- Empalamento
-
- ☐
- Outros



ABERTURA OCULAR

- ☐
- Espontânea
-
- ☐
- Ao comando
-
- ☐
- À dor
-
- ☐
- Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

- ☐
- Orientado
-
- ☐
- Confuso
-
- ☐
- Palavras inapropriadas
-
- ☐
- Palavras incompreensíveis
-
- ☐
- Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

- ☐
- Obedece a comandos
-
- ☐
- Localiza a dor
-
- ☐
- Movimento de retirada
-
- ☐
- Flexão anormal
-
- ☐
- Extensão anormal
-
- ☐
- Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA REGRESSA

- ☐
- Ritmo Sinusal
-
- ☐
- Taquicardia Sinusal
-
- ☐
- Flutter Atrial
-
- ☐
- Fibrilação atrial

- ☐
- FV
-
- ☐
- TV
-
- ☐
- AESP
-
- ☐
- Assistolia

- ☐
- Neurológica
-
- ☐
- Respiratória
-
- ☐
- Cardiovascular
-
- ☐
- Digestiva

- ☐
- Metabólica
-
- ☐
- Infeciosa

- ☐
- Diabetes
-
- ☐
- Cardiopatia
-
- ☐
- HAS
-
- ☐
- Medicação de uso

- ☐
- Alergias
-
- ☐
- Outros

GRAVIDADE
COMPROVADA☒ Ileso☒ Pequena☒ Média☒ Severa

PERÍODO DO PACIENTE

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

DECLARO para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

Idade Gestacional: _____

Perda de líquido: _____

BCF: _____

☐ Movimentos fetais presentes

☐ Condições entre 3-5 min.

☐ Condições com duração > 30s

☐ Partes fetais na vulva

☐ Com cartão da gestante

☐ Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Aspiração

☐ Cânula de Guegl.

☒ Cateter nasal: 5 L/min

☐ Máscara facial: _____ L/min

☐ Bolsa-valva-máscara: _____ L/min

☐ Intubação orotraqueal

☐ Acesso venoso Gelco n° _____

☐ Máscara laríngea

☐ Gula de introdução Bougie

☐ Cricotireostomia cirúrgica

☒ Oximetria

☐ Dreno de tórax

☐ Descompressão torácica

☐ Acesso venoso Scalp n° _____

☐ Monitorização cardíaca

☒ Colar cervical

☒ Headblock *Modular*

☒ Prancha longa

☒ Tirantes

☐ KED

☒ Imobilização de fraturas *MED.*

☒ Curativos *MED.*

☐ Parto vaginal

☐ Cesárea de emergência

☐ Imobilização de luxação

☐ Outros:

MEDICAMENTOS PRESCRITOS								
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	
1 - SPL	800	EV	16:32	8 - Ponto de Lina				
2 - Dipiridano	1g	EL	16:32	1 - Siringa 2cc				
3 - Fenacetina	400mg	EL	16:32	1 - Equipamento				
				1 - Cateter				

(Gestante, chateada, Produtiva Esquerda - o Acesso Venoso).

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

paciente no meu colégio universitário. Encontrado em DDH, ao solo, no local da queda. Com equipe 132 mobilizá-lo. Paciente em face, membros superiores inferiores, fôlego esquerda e mandíbula. Encontrado em Tórax com queda de 10 cm. Importância. Vinda dos em pulso com alteração do DDH pleno, presença em MMD e contatos em MMD. No local ECG. Reforço distal preservado 72 seg. Normal, e estável. Presença o respirador, Dipiridano 2g EV, Fenacetina 400mg EV o MDP. (SPL 800mg 280 gts/pt. Apó encaminhado ao AT, com intervenção

SAMU-192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
 Em 21/10/2020
Stephanie
Rubrica

William R. Silva
 Adv. Entomologia-AM
 OAB/RR 250.249

Dr. Fernando Antonio Martins Pereira
 Especialista em Oncologia de Cabeça e Pescoço
 CRM-RR: 1043

Assinatura e carimbo do profissional



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

1ª Classificação/Reclassificação

Reclassificação

|Reclassificação

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja
☐ Amarelo

Amarelo Verde

() Azul ASS

☐ Vermelho

☐ Laranja
☐ Amarelo

Amarelo Verde

Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja

☐ Laranja
☐ Amarelo

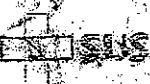
Verde

() Azul Ass.

FICHA DE ATENDIMENTO					
Paciente GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO	Data Nascimento 26/03/1999	Idade 20 A 8 M 18 D	CNS 707601228222394	CPF 03333490242	Prontuário 00088970
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 4084314	Órgão Emissor Data Emissão M	Sexo SOLTEIRO(A)PARDA	Naturalidade BOA VISTA - RR	Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe DAYANNE RIBEIRO DOS SANTOS	Enderço RUA - JANDIRA LAGO - 156 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR	Pai NI	Contato (95) 99154-8482	Ocupação	
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend. LUIZ GALAN	Procedência	Temp.	Peso Pressão
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.	Registrado por: ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TO ANTONIA.SOARES		
Queixa Principal (☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue)					
Anamnese de Enfermagem			GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)					
Exame Físico					
Hipótese Diagnóstica					
SADT - Exames Complementares (☐) RAIO-X (☐) ULTRA-SON (☐) TC (☐) SANGUE (☐) URINA (☐) ECG (☐) OUTROS:					
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
Conduta (☐) Alta por Decisão Médica (☐) Ambulatório (☐) Alta a Pedido (☐) Observação (Até 24h) (☐) Alta-a Revelia (☐) Internação (☐) Transferência para: _____ 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: luizze Data Hora: 13/12/2019 11:17:15					

B

Ata 25.07.19

BLOCO B

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de acidente de trânsito com fratura fechada de quadril

18 - HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO

Admissão

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

RX + exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

frx + lesão de quadril

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

37 - N° DO ROLHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADOR

44 - AUTÔNOMO

45 - DESEMPREGADO

46 - APOSENTADO

47 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408040120-573

13/6/19

Ata 25.07.19



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 13.6.19 O.S. _____

Boletim Operatório
R B 6

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES PRECIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

- 1) Parte em DDA sob sedação
- 2) Anestesia e Analgesia
- 3) Redução imediata de fratura
- 4) Redução fratura transcondilária
- 5) União
- 6) DR KPA

Dr. Augusto Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1804

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1835
RQE: 610



GOVERNO DO ESTADO DE RORÔNIA

"Amor e Trabalho aos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Gabriel Theodor R. Berto, 200a

13/06/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

UNIDADE	20h	15	30	45	22h	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
A	N 20																
Q	02																
LIQUIDOS	A	M	ST	ST													
VEGETAIS	P	E															
DA	°C	240															
X	30	220															
GRUPO	36	200															
TEMP	34	180															
OP	32	160															
Q	30	140															
TEMP	120																
INSPIR	80																
RESPIR	60																
RESPIR	40																
RESPIR	20																
Export	0000000000000000																
Assist																	
Contro																	
SÍMBOLOS	1 2 3 4 5 6																

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Fentanyl	100 µg	Sedação venosa	1. Monitorização (ECG, Sato, PNT)
Propofol	250 mg	100% ventilação espontânea	2. Urick test ok
		+ anestesia local	3. O ₂ 2l/min SCN
			4. Fentanyl 30 µg EV
			5. Propofol 50 mg EV
			6. Ceftriaxona 2g EV
			7. Clindamicina 300 mg EV
			8. 1 SRPA
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Nasal / Oro Faringeo	
NSCO		Maso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bol - Temp - Calibre do Tubo	
3 FO, 9%	1000ml	Sob Málaxa	
		Dificuldade Técnica	
TEMP		TEMPO DE ANESTESIA	
20.00		21:00 à 21:55	
OPERAÇÃO			
Conexão de Fx e Luxação de Quadril			
ANESTESIA	DOSE	QUIRURGIA	PERDA SANGÜINEA
Dr. Adonias Resende	Dr. Victor P. / R3 Manuêlo		

Dr. Adonias Resende
Médico Anestesiologista
CRM/RN 1600 - RQE 634



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

206-2

Emergência

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Gobriel Theodoro Ribeiro Brito		206-2	83970	13 / 06 / 19	
209		CIRURGIA			
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Redução de Luxação de quadril + Jato		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
e p/ frons esquelética m10 + suture		21:20			
m10		EQUIPE MÉDICA			
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Dr. Adenias	
Dr. Vitor P.		RES. ANESTESIA:		R3 marcelo	
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		Fobão	
R3 marcelo		CIRCULANTE		Oxallione + Roimundo	
2º AUXILIAR		TEMPO DE DURAÇÃO:			
TIPO DE ANESTESIA: sedação venosa					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VAL.
400	PCTS.COMPRESSAS C/03 UNID.		30unid	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
80	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		L	FIO MONONYLON Nº 3.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
100	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15 / 21			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
L	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML		100ml	GEFOAM clorixidina alcoolica	
1	SERINGA 20ML		100ml	HTA CARDIACA 0.1ccol 40%	
1	alibredos		18	OUTROS: atoduro	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
			SUB- TOTAL		
FUNÇÃOÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

D

GABRIEL TEODORO

9243

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/08/2019

Vilson

70.8 %

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4675277

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748 , 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 02/2020	PERÍODO DE CONSUMO 24-JAN-20 a 21-FEB-20
CONSUMO (kWh) 795	VENCIMENTO 16-MAR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 669,97

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 02/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 669,97
-------------------------	----------------	-----------------------------

836900000065.699700750002.000000001024.074902200059



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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

Denilze Correia Piantas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Gabriel Theodoro Ribeiro Bento inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.334.402-42

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gabriel Theodoro Ribeiro Bento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.334.402 / 42 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. General Ciláide Teije</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Cidade: <u>Bela Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69</u>
E-mail: <u>liderboavista.pendencia@hotmail.com</u>		Tel. (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data: Bela Vista - RR 13 de Maio 2020

Denilze Correia Piantas

Assinatura do Declarante

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4667265

GRACINEIDE RIBEIRO DOS SANTOS

R. JANDYRA LAGO, 156 ,

LIBERDADE

69309004 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
193798	02/2020	23-JAN-20 a 20-FEB-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
210	11-MAR-20	R\$ 201,17

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
193798	02/2020	R\$ 201,17

836700000026.011700750000.000000000190.379802200053





Nº: 017404/2019-A02

Data/Hora Início do Registro: 13/02/2020 10:39 Data/Hora Fim: 13/02/2020 10:45
Origem: Polícia Militar N° do Documento: ROP PM 810920 Data: 13/06/2019
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

Afeto: 4º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 13/06/2019 18:30 (Data Aproximada)

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Cambará
Logradouro: Av. Gen. Ataíde Teive com Rua Henrique de Oliveira Gomes Nº: cruzamento

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

Nome Civil: MICHEL GEUDIANY DA SILVA PRIMO (CONDUTOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 01/09/1990	Idade: 29 anos
Naturalidade: MA - São Luís			
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Maria das Graças da Silva		Nome do Pai: Natanael Pereira Primo	

RG - Carteira de Identidade: 369064-4

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua. Escopão Nº: 04
Complemento: casa
Bairro: Cidade Satélite

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 22 anos
Estado Civil: Solteiro(a)

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua. Jandira Lago Nº: 156

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 26/03/1999	Idade: 20 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista	Profissão: Açougueiro		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Davanne Ribeiro dos Santos		Nome do Pai: Velmiflan da Silva Bento	

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 033.334.902-42



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017404/2019-A02

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 033.334.902-42

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua. Jandira Lago
Bairro: Liberdade

Nº: 156

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: R. Oliveira Mat. 40.994-4

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 029.058.893-65

Placa NAQ4139

Renavam 00895477610

Número do Motor KD03E17004540

Número do Chassi 9C2KD03107R004540

Ano/Modelo Fabricação 2007/2006

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD

Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 09/01/2020

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Gabriel Theodoro Ribeiro Bento

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO (a)

Informo que fomos acionados via CIOPS para atender um acidente de trânsito com danos materiais e vítima no local e hora supracitado. No local já havia duas Ambulâncias do SAMU prestando socorro às vítimas ITEM1 e ITEM3; Os envolvidos nos relataram que: O ITEM1 trafegava na Av. Ataíde Teive sentido bairro/centro conduzindo a motocicleta BROS, com a ITEM3 na garupa, momento em que no cruzamento com a Rua Henrique de Oliveira Gomes colidiu na lateral esquerda do carro no ITEM2 que estava realizando conversão a esquerda para entrar na avenida. QUE o ITEM1 foi removido com uma fratura exposta na perna direita e a Item3 foi removida com suspeita de fratura na costela e coluna vertebral, ambos pelas ambulâncias do SAMU. QUE foi acionado a perícia e foi realizado pelo Perito PC Eduardo. QUE os veículos estavam com documentação em atraso e foram removidos ao pátio do DETRAN/RR. QUE foram lavrados os autos de infração: A157 Nº 052713, 052714 para o ITEM2 e para o ITEM1 052715, 052716. QUE o ITEM2 não possui CHN e esta sendo apresentado a esta DP para providências cabíveis. Era o que tinha a relatar

- VEICULO CONDUTOR1: HONDA/ NXR 150 BROS, COR VERMELHA, PLACA NAQ4139;
- VEICULO CONDUTOR2: FIAT/ PALIO, COR AZUL, PLACA NAH6798.

DANOS MATERIAIS: CONFORME PERICIA REALIZADA PELO PERITO PC EDUARDO. QUE NA DATA DE HOJE, 13/02/20, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO SOLICITANDO ADITAMENTO COM INCLUSÃO DOS DADOS DA MOTOCICLETA PLACA NAQ4139 NO REGISTRO.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017404/2019-A02

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Polícia

Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar de Roraima

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas, e que não tenho a intenção de responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime de Contravenção, tipificados no Código Penal Brasileiro."



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: 033.334.902-42 4 - Nome completo da vítima: Gabriel Thodorero R. Bento

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

5 - Nome completo: Gabriel Thodorero Ribeiro Bento 6 - CPF: 033.334.902-42
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Jandira Lago 9 - Número: 156 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Liberdade 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.309-000
15 - E-mail: liderboavista.pendencia@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99117-5392

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 65122

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairnascido)? ☐ 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 - RR 13 de Março 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 033.334.902-42 4 - Nome completo da vítima: Gabriel Thodorero R. Bento

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

5 - Nome completo: Gabriel Thodorero Ribeiro Bento 6 - CPF: 033.334.902-42
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Jandira Lago 9 - Número: 156 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Liberdade 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.309-000
15 - E-mail: liderboavista.pendencia@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99117-5392

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 65122

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairnascido)? ☐ 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 - RR 13 de Março 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127394

Vítima: GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO

Data do Acidente: 13/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO

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 quadril 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: GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000065122-0

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



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127394

Vítima: GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO

Data do Acidente: 13/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO

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

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: 01/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000065122-0

Nr. da Autenticação EDFEE7BD3E10B9B7

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100577/20

Vítima: GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO

CPF: 033.334.902-42

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 13/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GABRIEL THEODORO
RIBEIRO BENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO : 033.334.902-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/03/2020
Nome: GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO
CPF: 033.334.902-42

GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127394 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO **Data do acidente:** 13/06/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES EM FACE.
FRATURA LUXAÇÃO DO ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (QUADRIL - TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Estudante RG: 4084314 CPF: 033.334.902-42
ENDEREÇO: R. JARDIM LAÇO 156 B: LIBERDADE

VÍTIMA: GABRIEL THEODORO RIBEIRO
CPF: 033.334.902- DATA DO ACIDENTE: 13/06/19
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.

Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00

Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

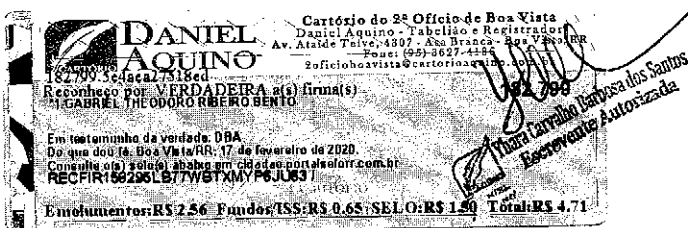
Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar 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 no 14 de FEVEREIRO de 20 20



Gabriel Theodoro Ribeiro Bento
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127394 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO **Data do acidente:** 13/06/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES EM FACE.
FRATURA LUXAÇÃO DO ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (QUADRIL - TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05.

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

905314502

NOME DENILZE CORREA DANTEAS		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 3142655 SSP RR	
	CPF 792.657.152-00	DATA DO CANCELAMENTO 08/03/1979
	FILIAÇÃO JOSE DE SOUZA CORREA EVANGELINA LORATO DA SILVA	
	PERMISSÃO B	ACC B
Nº REGISTRO 04953412311		VALIDADE 20/08/2019
		VALIDAÇÃO 31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Danteas

ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 25/08/2014
5956468526 RR207683212	

DETRAN-RR (RORAIMA)

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
033.334.902-42

Nome
GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO

Nascimento
26/03/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



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

Polegar Direito



Gabriel Theodoro R. Bento

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL
408431-4

DATA DE
EXPEDIÇÃO 25/07/2017

NOME
GABRIEL THEODORO RIBEIRO BENTO

FILIAÇÃO

VELMIFLAN DA SILVA BENTO

DAYANNE RIBEIRO DOS SANTOS

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 106382 FLS 071 LIV A-0180

BOA VISTA-RR

CPF

033.334.902-42

DATA DE NASCIMENTO

26/03/1999

AMASRU ROCHA TRIANI

DELEGADO DE POLÍCIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PI