



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

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

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

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

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

1901149964

17/08/2019 17:56:28

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 29

Paciente

NAIANE ALBERTO RIBEIRO

Data Nascimento

21/05/2000

Idade

19 A 2 M 27 D

CNS

700401464970344

CPF

04311859210

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

F

Estado Civil

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

BRASILEIRA

Mãe

AVANEUSA DE MIRANDA ALBERTO

Contato

(95) 99145-7657

Endereço

RUA - CASIMIRO JOSE DA SILVA - 388 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR

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.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

SOUSA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MIRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente vítima de trauma contuso em cabeça (S)

Exame Físico

RX indicando fratura de b/g unido a diáfise (S)

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO - X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para: Sala de Gesso☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Dr. Fernando Rezende

Médico

CRM-RR/2007

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: souza
Data Hora: 17/08/2019 17:57:28

© 2019
SOTEC - Soluções em Tecnologia
104 - Anápolis - Goiás
Fone: (62) 3241-0100/0100



1901149964

Ortopedia

Dr. Roger

proteção vultosa de fratura
contínua em cloreto D
em 1/3 medial

c) ± 8 Gesso + DINES +
Analgésico + outros.

Dr. Augusto Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 104.1004



7/08/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

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

1ª Classificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

DIURNO 07-19

29

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

CPF Prontuário

04311859210

Nacionalidade

BRASILEIRA

Contato

(95) 99145-7657

Ocupação

17/08/2019 17:56:28

Data Nascimento

21/05/2000

Idade

19 A 2 M 27 D

CNS

700401464970344

Naturalidade

PARDA

Pai

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

F

Pai

Paciente

NAIANE ALBERTO RIBEIRO

Mãe

AVANEUSA DE MIRANDA ALBERTO

Endereço

RUA - CASIMIRO JOSE DA SILVA - 388 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Setor

GRANDE TRAUMA

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Registrado por:

SOUSA

Procedimento Sol.

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Queixa Principal

Anamnese de Enfermagem

GSC

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

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Documento extirpado de trauma contuso um crânio

Exame Físico

RX indicando fratura de bíg. unido de do lado

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO - X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brtg. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planície - CEP: 69200-0620
RORAIMA - BRASIL

9 2 NOV 2019

Certifico que o presente
cópia é fiel ao Original
que foi apresentado neste Hospital

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☐ Transferência para:

Sala de Cirurgia

☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

Dr. Fernando Rezende

Médico

CRM RR/2007

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: sousa
Data Hora: 17/08/2019 17:57:28



1901149964

00000000

Dr. Roger

proteção vltimo de fratura
contuso em clavícula 1
em 1/3 medial

c) ± 8 Gramos + DINES +
analgesia + relaxante

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 1964

NAIANE ALBERTO RIBEIRO
HGR-4070M55873

20/19/2017
OMERO
OMERO

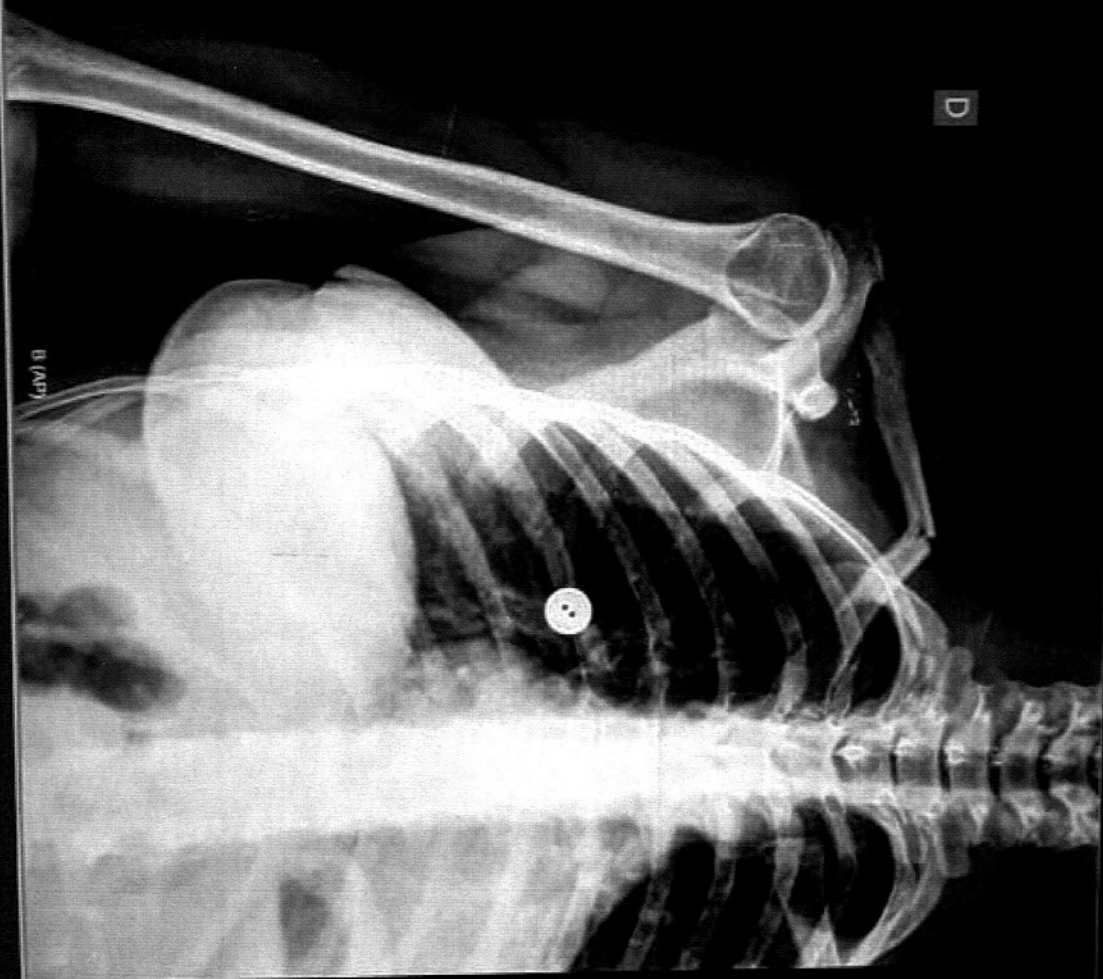


Image 1/1
WL: 128 / WW: 256

D (AP)

Image size: 4240x3440
View size: 1628x118
Zoom: 25%

0016
21/11/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR

POLEGAR DIREITO

11.260.444

Naiane Alberto Ribeiro

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS GREG & SONS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8138195 1 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 02/03/2015

NOME NAIANE ALBERTO RIBEIRO

FILIAÇÃO DARCI REGO RIBEIRO
EVANEUSA DE MIRANDA ALBERTO

NATURALIDADE SANTAREM PA DATA DE NASCIMENTO 21/05/2000

DOC ORIGEM C.NASC-M. DOS CAMPOS STM PA
NUM:72468 LIV:A 90 FOL:94V

CPF 043118592-10

PARA 09.789.501

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

035

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Naione Alberto Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.138.592 / 10, do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Naione Alberto Ribeiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.138.592 / 10, 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>R. CC 11</u>		Número <u>294</u>	Complemento
Bairro <u>Boa Moura</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.338-050</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>99333-3855</u>

Boa Vista, 18 de Novembro de 2019
Local e Data

William Gonçalves
Assinatura do Declarante



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO
0555451-9

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 autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003006614

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\$)
JUNHO/2019	26/06/2019	111	74,45

ROSANA CARDOSO DA SILVA
CM RECREAR S/N LT03 GLEBA CAUAME RECREAR
CPF: 00098707558287

CEP: 69.350-000 - VILA SAO SILVESTRE ROT: 101.049.01.52.007000

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	4226		Atual: 05/06/2019
Anterior:	4115		Anterior: 09/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 08/07/2019
Consumo Medido:	111		Emissão: 04/06/2019
Consumo Faturado:	111	FCAM	Apresentação: 05/06/2019

NORMAL

27

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RURAL	BI	16TDB07312		4.2.2.2	217

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 111 A R\$ 0,541572 = 60,11
MAI/19 162	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 8,03
ABR/19 151	CORRECAO MONETARIA DA 03/19-00 0,17
MAR/19 162	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00 1,66
FEV/19 129	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00 0,97
JAN/19 223	JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00 0,27
DEZ/18 212	MULTA POR ATRASO 03/19-00 1,75
NOV/18 242	JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00 1,49
OUT/18 318	
SET/18 255	
AGO/18 318	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 111 - 0,444240	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/06/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 94,93 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
05/2019	94,73	

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

RESERVADO AO FISCO 6638.8DE7.A4D9.3BAA.B6A3.F59C.0CA0.2BC0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 13,27	Base de Cálculo: 60,11
Energia: 32,37	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 10,21
Encargos: 1,68	Valor do PIS: 0,10
Tributos: 10,79	Valor do COFINS: 0,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00			0,00				0,00
								0,00

ROT: 101.049.01.52.007000



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

SEU CÓDIGO

0555451-9

TOTAL A PAGAR - R\$

74,45

MÊS FATURADO

06/2019

VENCIMENTO

26/06/2019

Nº da Nota Fiscal: 003006614 FCAM

836600000000 1 744500/5000 8 00000000555 3 45190619008 2



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003301566

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	37543	Atual:	23/07/2019
Anterior:	37276	Anterior:	21/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	23/08/2019
Consumo Medido:	267	Emissão:	22/07/2019
Consumo Faturado:	267	Apresentação:	23/07/2019
	FCAM		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	1TEDB06955 M	1471801	1.1.1	233

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 147	CONSUMO 267 A R\$ 0,64602 = 204,14
MAI/19 212	CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00 0,04
ABR/19 239	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,88
MAR/19 182	MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00 1,56
FEV/19 170	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,29
JAN/19 294	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,27
DEZ/18 210	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 1,85
NOV/18 280	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 292	
SET/18 229	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 267 - 0,634626	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 06/2019 148,63
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 LI 16 21 26

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	52,45	Base de Cálculo:	204,14
Energia:	111,22	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	34,70
Encargos:	5,77	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	34,70	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
6,55			13,00			1,13	

DISTRITO 05/2019 69,55
ROT: 7.001.28.01.291200

RORAIMA ENERGIA	SEU CÓDIGO 0070349-4	TOTAL A PAGAR - R\$ 237,56
Roraima Energia S.A. Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Ins. Estadual: 24.007.022-3	MÊS FATURADO 07/2019	VENCIMENTO 06/08/2019
	Nº da Nota Fiscal: 003301566 FCAM	

83620000002 1 37560075000 0 00000000070 3 34940719008 2



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: 043.338.592-30 3 - CPF da vítima: 043.338.592-30 4 - Nome completo da vítima: Naiane Alenteo Ribeiro

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

5 - Nome completo: Naiane Alenteo Ribeiro 6 - CPF: 043.338.592-30
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Caoume 9 - Número: LT03 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila São Silvestre 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.380-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 9933-3855

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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 8076 8 CONTA: 75446 6
(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) ☐ Divorçado ☐ Casado 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 (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não assinado

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, 21/02/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 043.338.592-30 3 - CPF da vítima: 043.338.592-30 4 - Nome completo da vítima: Naiane Alberto Ribeiro

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

5 - Nome completo: Naiane Alberto Ribeiro 6 - CPF: 043.338.592-30
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Caoume 9 - Número: LT03 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila São Silvestre 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.330-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 9933-3855

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:
(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 8076 8 CONTA: 15446 6
(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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR, 21/02/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040593/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/11/2019 12:49 Data/Hora Fim: 18/11/2019 13:03
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 17/08/2019 14:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RR-205, KM-37

Bairro: Zona Rural

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: NAIANE ALBERTO RIBEIRO (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PA - Santarém	Sexo: Feminino	Nasc: 21/05/2000
Profissão: Estudante			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Evaneusa de Meiranda Alberto			

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA 04
Bairro: JARDIM TROPICAL

Nº: 35

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 043.118.592-10	Placa NAI5387
Renavam 00739411721	Número do Motor J403BR100418
Número do Chassi 9CDNJ41AJ1M008098	Ano/Modelo Fabricação 2001/2000
Cor MARROM	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo JTA/SUZUKI INTRUDER 250
Modelo JTA/SUZUKI INTRUDER 250	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/08/2019	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Naiane Alberto Ribeiro	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR, QUE NO DIA, HORA E LOCAL DESCRITO ACIMA, SEGUIA DE GARUPA NA MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA, QUE ERA CONDUZIDA POR LUCAS

Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 18/11/2019 13:04
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: 040593/2019

HENRIQUE LOPES ALBERTO, CNH 06552080600, QUANDO NA ALTURA DO KM 37 DA RR-205, O CONDUTOR AO FAZER A CONVERSÃO A ESQUERDA PARA ADENTRAR PARA VILA RECREAR, DERRAPOU NO ACOSTAMENTO DA VIA E AMBOS VIERAM A CAIR. QUE SOMENTE A COMUNICANTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO A CLAVÍCULA DO LADO DIREITO. QUE FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL POR FAMILIARES. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia
Matrícula 042000199

Responsável pelo Atendimento

Naiane Alberto Ribeiro

(Vítima / Comunicante)

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



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190661761

Vítima: NAIANE ALBERTO RIBEIRO

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), NAIANE ALBERTO RIBEIRO

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

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

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 17/08/2019, emitido pelo Dr. AUGUSTO CAVALCANTE CRM nº 1964 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190661761

Vítima: NAIANE ALBERTO RIBEIRO

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NAIANE ALBERTO RIBEIRO

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419418/19

Vítima: NAIANE ALBERTO RIBEIRO

CPF: 043.118.592-10

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/08/2019

Titular do CPF: NAIANE ALBERTO
RIBEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

NAIANE ALBERTO RIBEIRO : 043.118.592-10

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: 27/11/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661761 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NAIANE ALBERTO RIBEIRO **Data do acidente:** 17/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO EM CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *PÁG. 3/4 - DR. AUGUSTO CAVALCANTE - CRM 1964 (RR), DE 17/08/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Naiane Alberto Ribeiro
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Estudante RG: 8138195
CPF: 043.118.592-10 ENDEREÇO: CM RECREAR, S/N, LTO3, GLBA CARAME
BAIRRO: RECREAR - Vila São Silvestre CIDADE: Alto Alegre
CEP: 61.350-000

VÍTIMA: Naiane Alberto Ribeiro
CPF: 043.118.592-10 DATA DO ACIDENTE: 17/08/19
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Donato
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC-11, 294 - Lapa Moura

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Inválidez, 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/RR, 18 de Setembro de 2019.

Naiane Alberto Ribeiro
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661761 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NAIANE ALBERTO RIBEIRO **Data do acidente:** 17/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO EM CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *PÁG. 3/4 - DR. AUGUSTO CAVALCANTE - CRM 1964 (RR), DE 17/08/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
562426

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419418/19

Vítima: NAIANE ALBERTO RIBEIRO

CPF: 043.118.592-10

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/08/2019

Titular do CPF: NAIANE ALBERTO
RIBEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

NAIANE ALBERTO RIBEIRO : 043.118.592-10

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: 27/11/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



William gonçalves franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978

DOC ORIGEM CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do IIC

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 1