
Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213745

Vítima: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213745

Vítima: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000004252

Conta: 000002583-0

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

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: 509.668.122-04 3 - CPF da vítima: 509.668.122-04 4 - Nome completo da vítima: Ana Claudia de Menezes Pimentel

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

5 - Nome completo: Ana Claudia de Menezes Pimentel 6 - CPF: 509.668.122-04
7 - Profissão: Roubou 8 - Endereço: V. VC 02, KM 02, Foz. Virob. 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Roraimópolis 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.373-000
15 - E-mail: franciscamascimento@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 95 99131-1199

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: 4252 CONTA: 00002583

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 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 da 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, Roraimópolis-RR, 06 de junho de 2020.

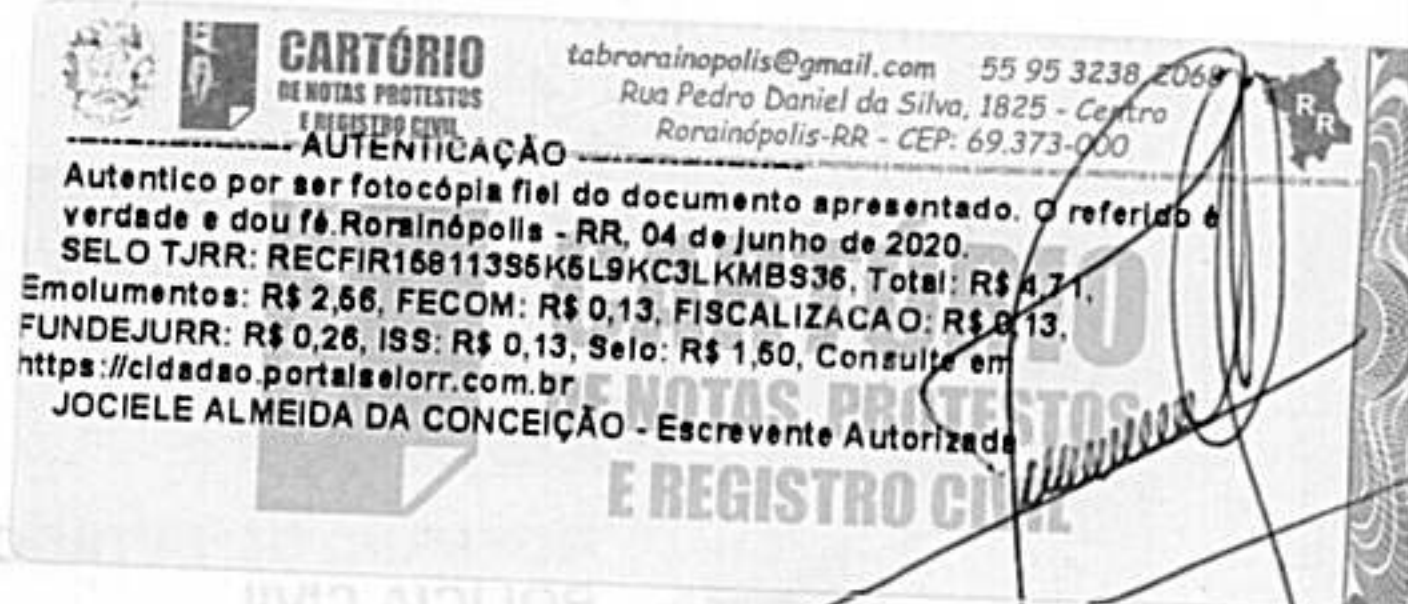
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE RORAINÓPOLIS - RORAINÓPOLIS - RR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041987/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 11:13 Data/Hora Fim: 27/11/2019 11:34
Origem: Nº do Documento: BO 1799/2019
Delegado de Polícia: Fernando Alves da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Rorainópolis

Data/Hora do Fato: 21/11/2019 18:45

Local do Fato

Município: Rorainópolis (RR)

Logradouro: AVENIDA DOUTORA YANDARA

Bairro: CENTRO

Nº: S/N

Ponto de Referência: PRÓXIMO SUPERMERCADO SUPER MAIS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS

Melo(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Santarém

Sexo: Feminino

Nasc: 21/08/1973

Profissão: Costureiro

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: RAIMUNDA SANTOS DE MEIRELES

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 509.668.122-04

RG - Carteira de Identidade: 141110

Endereço

Município: Rorainópolis - RR

Logradouro: VICINAL 02 KM 02 LOTE 01

Bairro: ZONA RURAL

Telefone: (95) 99127-6874 (Celular)

Nº: 00

CEP: 69.373-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição MOTOCICLETA

Placa NAV0298

Número do Motor E3F6E-057434

Ano/Modelo Fabricação 2015/2014

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo YAMAHA/T115 CRYPTON ED

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 509.668.122-04

Renavam 01030329351

Número do Chassi 9C6KE1550F0035435

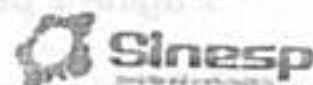
Cor BRANCA

Município Veículo Rorainópolis

Modelo YAMAHA/T115 CRYPTON ED

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 15/12/2014



Delegado de Polícia Civil: Fernando Alves da Cruz
Impresso por: Francisco Ruy Araujo Gomes
Data de Impressão: 27/11/2019 11:34
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE RORAINÓPOLIS - RORAINÓPOLIS - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041987/2019

FIDUCIARIA

Nome Envolvido

ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado, compareceu a cidadã acima mencionada para comunicar que sofreu um acidente de trânsito conduzindo a motocicleta acima descrita, que trafegava pela Avenida Doutora Yandara quando uma criança atravessou de bicicleta, vindo a colidir com o mesmo, que foi socorrida por uma equipe do SAMU e encaminhado ao hospital de Rorainópolis-RR, conforme Ficha de Atendimento em anexo, que o registro se faz para fins de Seguro DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS

Francisco Ruy Araujo Gomes

Agente Carcerário

Matrícula 42000941

Responsável pelo Atendimento

ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

(Comunicante / Vítima)

"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."

Fernando Alves da Cruz

Delegado de Polícia

Matrícula 42000208

CARTÓRIO
DE NOTAS PROTESTOS
E REGISTRO CIVIL

tabrorainopolis@gmail.com 55 95 3288.20-8
Rua Pedro Daniel da Silva, 1825 - Centro
Rorainópolis-RR - CEP: 69.373-000

AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é verdade e dou fé. Rorainópolis - RR, 04 de junho de 2020.

SELO TJRR: RECFIR16811320X4L4BREI3F6E14, Total: R\$ 471,

Emolumentos: R\$ 2,66, FECOM: R\$ 0,13, FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,13,

FUNDEJURR: R\$ 0,26, ISS: R\$ 0,13, Selo: R\$ 1,50. Consulte em

<https://cidadeao.portalserlorr.com.br>

JOCIELE ALMEIDA DA CONCEIÇÃO - Escrevente Autorizada

Delegado de Polícia Civil: Fernando Alves da Cruz

Impresso por: Francisco Ruy Araujo Gomes

Data de Impressão: 27/11/2019 11:34

Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

509.668.122-04 Ana Claudia de Menezes Pimentel

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: 4252 CONTA: 00002583

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 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 da 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 25/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04252

CONTA: 000000002583-0

Nr. da Autenticação 07BEA18ED62D5B29



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO



SEU CÓDIGO

0540428-2

Nº da Nota Fiscal 5129275

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2020	26/05/2020	231	135,47
JOAO PIMENTEL DAS NEVES V. VC 02 KM 02 FAZ VIVEDA PIMENTE - RURAL CEP: 69.373-000 - RORAINOPOLIS			
			CPF: 00040254445420

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 5550	Atual: 07/05/2020	Grupo/Subgrupo: 4.2.2.1
Anterior: 5319	Anterior: 07/04/2020	Classe/Subclasse: RURAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 07/06/2020	Ligação: MONO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 06/05/2020	Número Medidor: 131DM06993
Consumo medido: 231	Apresentação: 07/05/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 231		Modalidade:

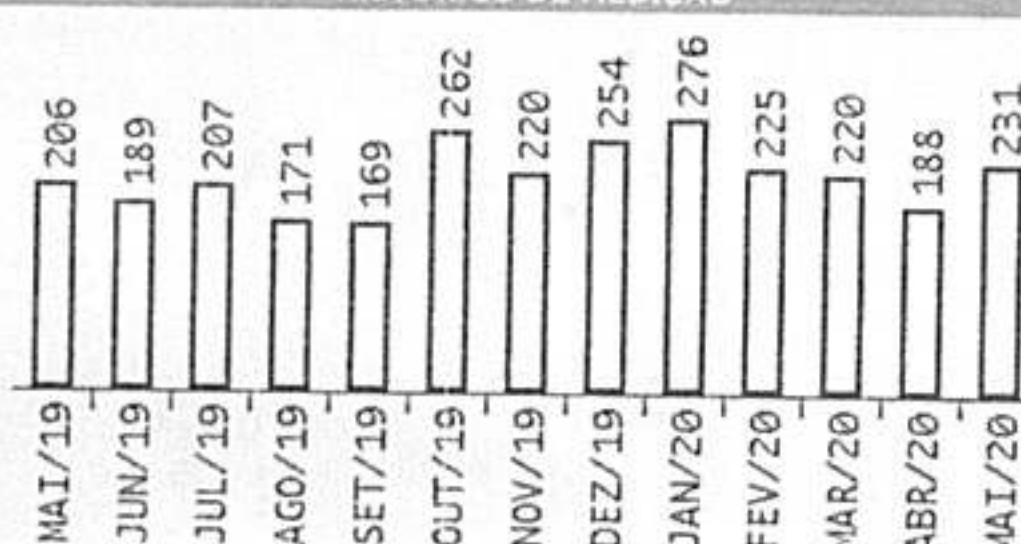
CONSUMO	231 A R\$ 0,572767 =	132,30
MULTA POR ATRASO 03/20-00		2,61
JUROS DE MORA DE IMPO 03/20-00		0,56

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 231 - 0,469500

Média 12 meses: 215

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/05/2020, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) contas vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 135,51 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
04/2020 109,21

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2019 (Lei 12007/09).
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCA VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

FE42.6658.353D.B077.A2CE.AA15.9251.5210

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	72,57	Encargos:	4,11	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
Distribuição:	31,78	Tributos:	23,84	ICMS:	17,00%	22,49
Transmissão:	0,00			PIS:	0,17%	0,23
				COFINS:	0,85%	1,12

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto								
Período de apuração: 03/2020							EUSD:	0,00

ROT: 502.069.02.54.038000



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

SEU CÓDIGO

0540428-2

TOTAL A PAGAR - R\$

135,47

MÊS FATURADO

05/2020

VENCIMENTO

26/05/2020

Nº da Nota Fiscal: 5129275

FCAM*

8362000001 3 35470075000 4 00000000540 5 42820520008 5



SEQ.: 0051 UC: 0540428-2 DT.LEIT.: 07/05/2020 T.ENTR.: 03
LEITURA: 5550 NORMAL TOTAL: 135,47 CARGA: 002
DT.VENC.: 26/05/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4531

**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: 5163769

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

R. CAPELLA, 882 , LT 402

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1040650	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 13-APR-20 a 12-MAY-20
CONSUMO (kWh) 514	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 978,85

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 1040650	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 978,85
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836100000097.788500750005.000000001040.065005200053



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/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 Francisca Sousa do Nascimento

inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.934.792 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ana Cláudia de Meireles Pimentel inscrito (a) no CPF sob o Nº 509.668.122/04

do sinistro de DPVAT cobertura Inclusão Permanente da Vítima Ana Cláudia de Meireles Pimentel

inscrito (a) no CPF sob o Nº 509.668.122 / 04, 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:	Rua: Capella, LT: 403	Número:	882	Complemento:	
Bairro:	Cidade Satélite	Cidade:	Boa Vista	Estado:	RR
E-mail:	franciscasnascimento@hotmail.com	CEP:	69.317-492	Tel.(DDD):	(95) 99131-1149

Local e Data: _____


Assinatura do Declarante

Nº-2062



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGENCIAS
SAMU 192 / RORAIMA



Idade: SAMU R115 FICHA DE ATENDIMENTO Equipe: Edian Jefferson D.
Paciente: ANA CLAUDIA de NEIREDES Timoniel Idade: 41 anos Sexo: F
Endereço: AV. DOCTOR YANAGARA
Local de referência:

Nº	DATA <u>21/11/2019</u>	HORA DO ACIONAMENTO: <u>18:34</u>							
Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM:		HORA CHEGADA NA UNIDADE: <u>18:40</u>							
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> OUTRO									
MECANISMO DE TRAUMA:									
AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítila projetada <input type="checkbox"/> Vítila encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag MOTO/BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>bicicleta</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:							
OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:									
AVALIAÇÃO INICIAL									
Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradpneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apneia <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	Circulação <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente (Assistolia)							
Aval. Neurológica <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorrêia <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado									
SINAIS VITAIS E ESCORES									
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>18:50</u>	<u>100 x 70</u>	<u>95</u>		<u>99%</u>		<u>6</u>		<u>Punt 6</u>	
Fim	X								
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA									
Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	Faca <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração				
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações			<input checked="" type="checkbox"/> Fratura <u>SUSP. NO PUNTO 6</u> <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento				
AVALIAÇÃO CARDÍACA			AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA				
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fluter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros				
GRAVIDADE COMPROVADA	<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE	<input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA	<input type="checkbox"/> OUTRO					

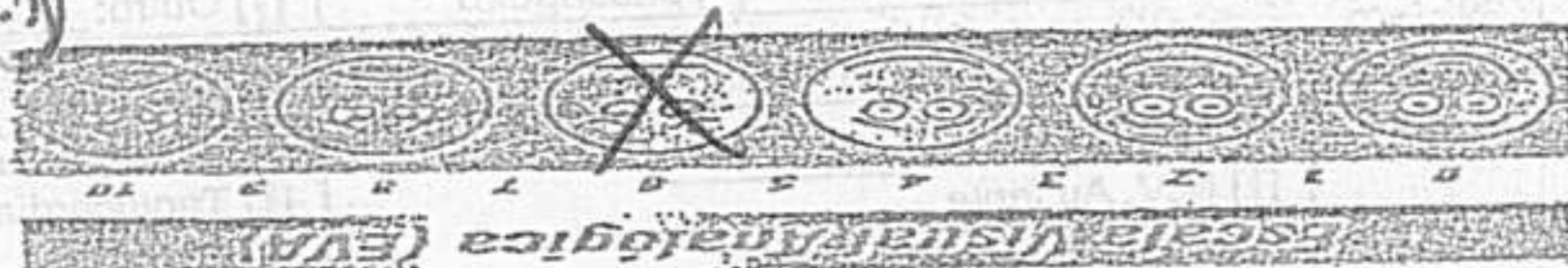
Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de destino)

- ☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trote
☐ Bombeiro no local:

- ☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

Lee Ruf Johnson D. 1808-1879



ESCORE DO TRAUMA

MATERIAL E MEDICAÇÃO

RG:

21/11/2019

...: Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

1900140974	21/11/2019 19:01:38	FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA				NOTURNO 19-	10
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF ⁰⁷	Prontuário		
ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL	21/08/1973	46 A 3 M 0 D	898004120759336	50966812204			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	141110	SSP/RR	16/02/2018	F	CASADO(A)	PARDA	SANTAREM - PA
Mãe	RAIMUNDA DE MEIRELES PIMENTEL		Pai		Contato		
Endereço		VICINAL - 02 - L 01 - ZONA RURAL - RORAINOPOLIS - RR		CEP:		69.373-970	
				Ocupação		AGRICULTOR	

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
PRONTO ATENDIMENTO	SAMU REGIONAL		DENISE.FERREIRA		

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

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: 7h) *leve acidente de trânsito, machucou o punho*

Exame Físico *(sic) Deformidade articular e edema*

Hipótese Diagnóstica *Fratura*

SADT - Exames Complementares ☒ RAIOS-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>1) Tramadol (50mg) + 100 ml de SF 0,9% (EV)</i>		
<i>2) Analgésicos e/ou ortopedicos</i>		

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: denise.ferreira
Data Hora: 21/11/2019 19:03:15

© 2019
BITECH - Biotecnologia e Tecnologia
Cia. - Desenvolvimento de Software
RUA 4, 255 - 01.09.22

Dr. Oscar E. Riss Quiróz
Médico Generalista - RR 1993
21 NOV 2019



Problema radiao distal.

D.

- Receptivo morali

- A. M. S.

- J. M. S.

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - PR

Confere
com original.



SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

Mr. Claudio Davila.
CONSÁVEIS.

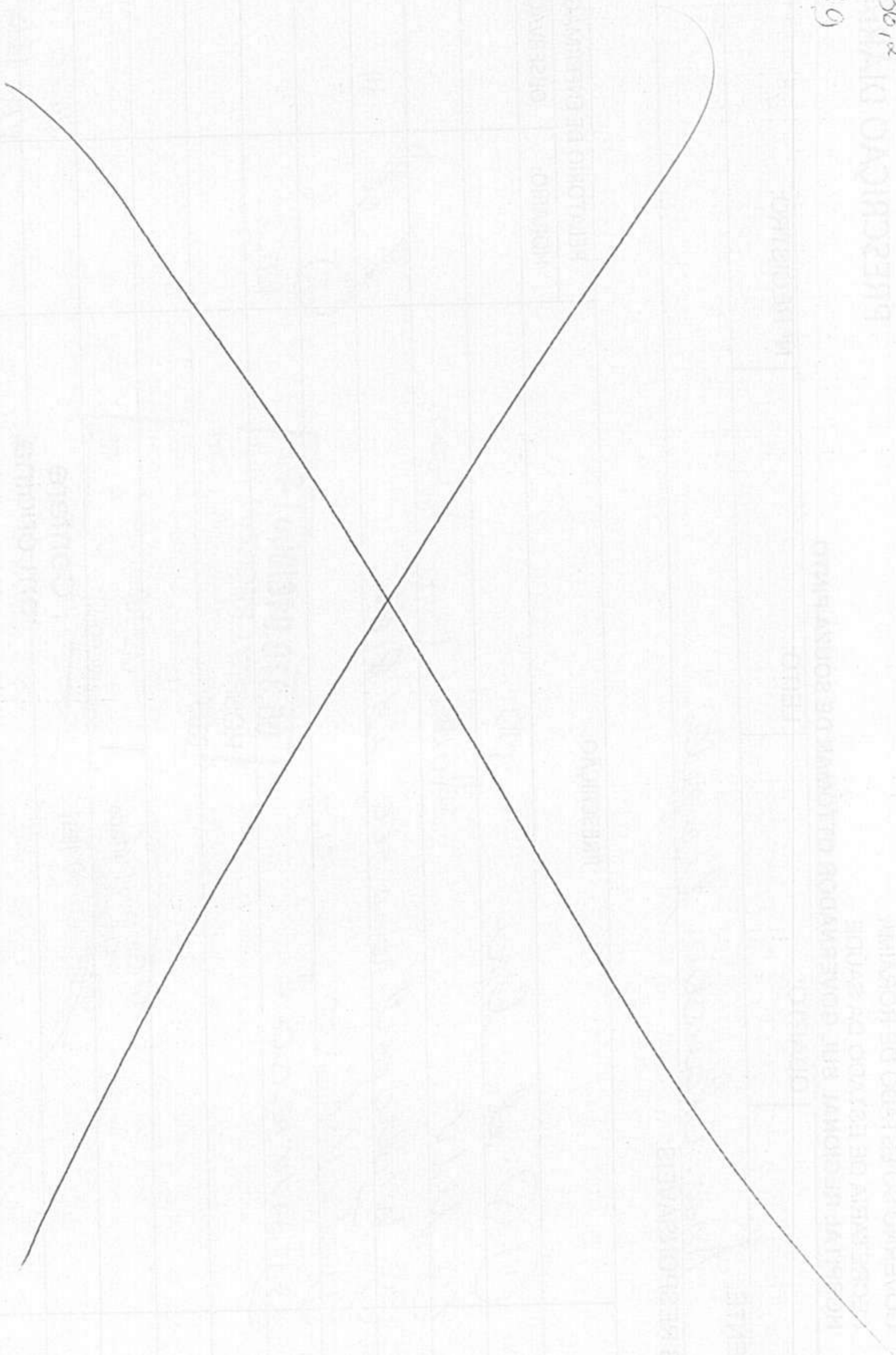
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

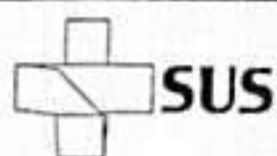
DATA HORA:		PRESCRIÇÃO:		RELATORIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO:	OBSERVAÇÕES:
		1) D. de. livre	IND		
21		2) M.V.	afetar nervo, D. deo.		
		3) hidrocodiona 500. e 2 B/Dh.			14
11		4) Tilididro			10
		5) S.V.V. e c.c.e			Retirado
19					
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 05.370.016/0001-90 HOSPITAL REGIONAL CUI GOVERNADOR OTHMAN D. SOUSA FILHO </div>			
		Dr Gustavo Furtado Ortopedia CRM 1256 / GO: 19578	Br 174 - 1671-460 CEP. 03.370-210 SOMARINÓPOLIS - PR		
		, Confere com original			24:00
		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>19/02/2011</p> <p>Delegado a Dep. Romi</p> </div>			PA = 11x70
					Tc. 36.3
					Rc 20
					P = 95

PA = 110 x 70

TCX = 36,2°

7 - 69





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

2 - CNES
7 4 7 0 3 7 1

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

4 - CNES
7 4 7 0 3 7 1

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
CIRO HERNANDEZ COLLAZO - CRM: 473

47 - Cód. Órgão Emissor
RORAIMA - RR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

5 1 1 6 8 6 2 6 2 - 3 4 X X X

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Amo clanclo

0527-033

Br. 174 - Km 420

CEP: 69 370-970

Confere
com original

Pratica sobre aulal

realizado reduzido inculente.

anclomice, RX controle, moléculas.

com ordem guscode or lo palmar

orientado sobre possibilidade

de concessão de TFO p/ creento

se houver perdo de ~~T~~ capital or

incingsumos art. aular.

Retorno para vacabos e depmca

de TFO no próximo Ramano.

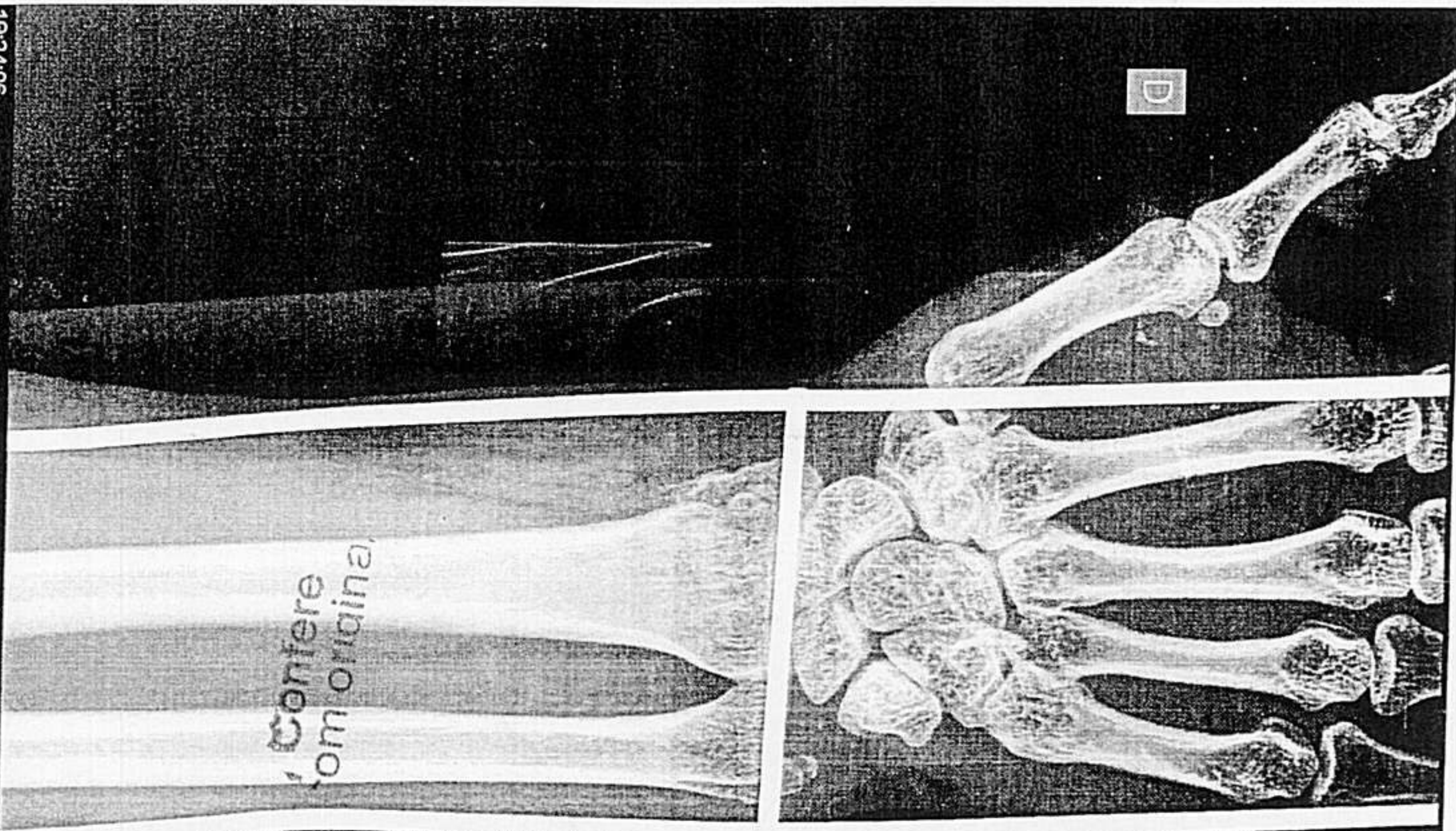
19.1

22/1/19

19:24:06

ANA CLAUDIA PIMENTEL
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
21/11/2019

92,4 %



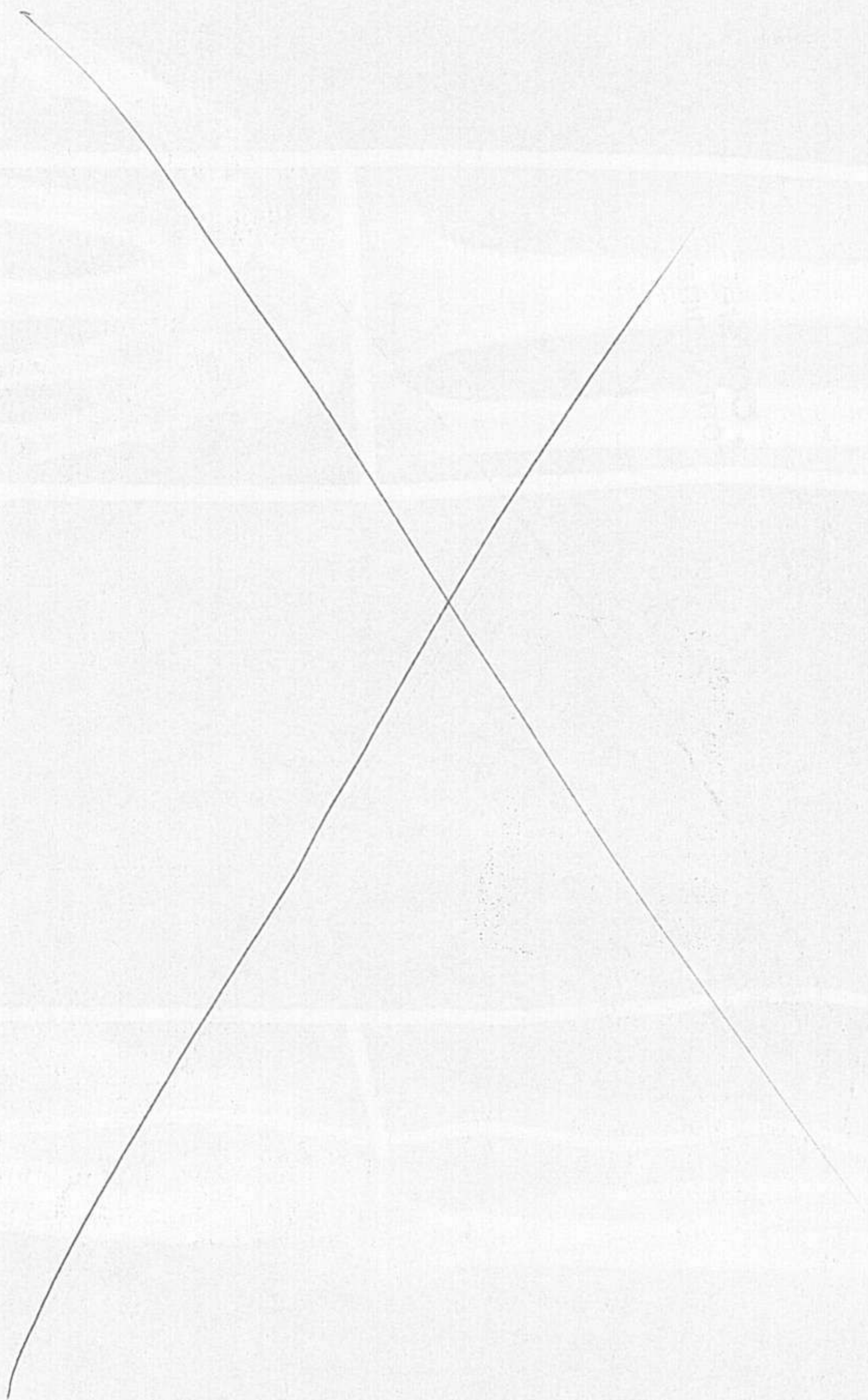
Confere
com original

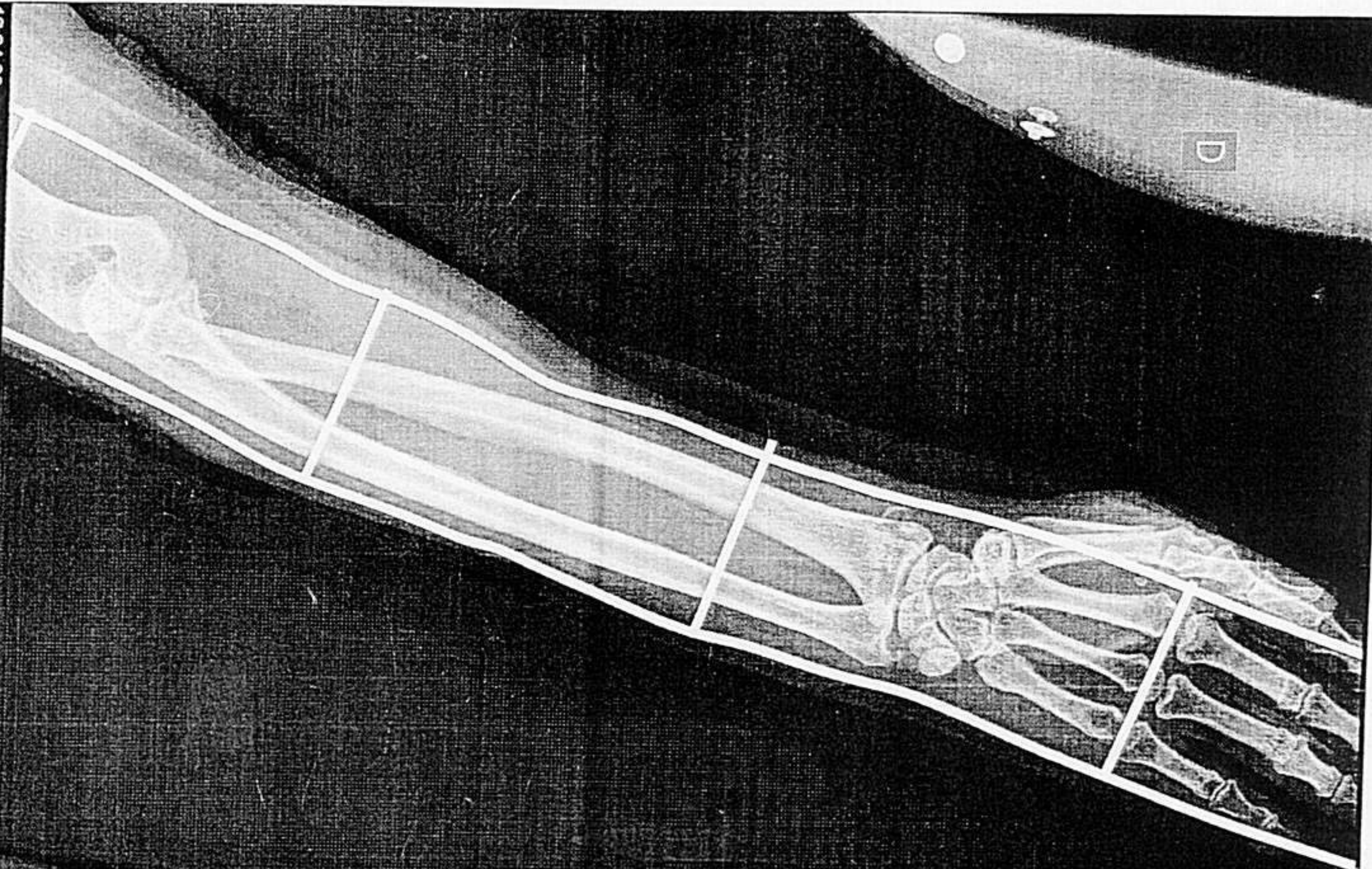
19:24:06

51859
Feminino
21/03/1973
MOURA GESSIKA

77,6 %



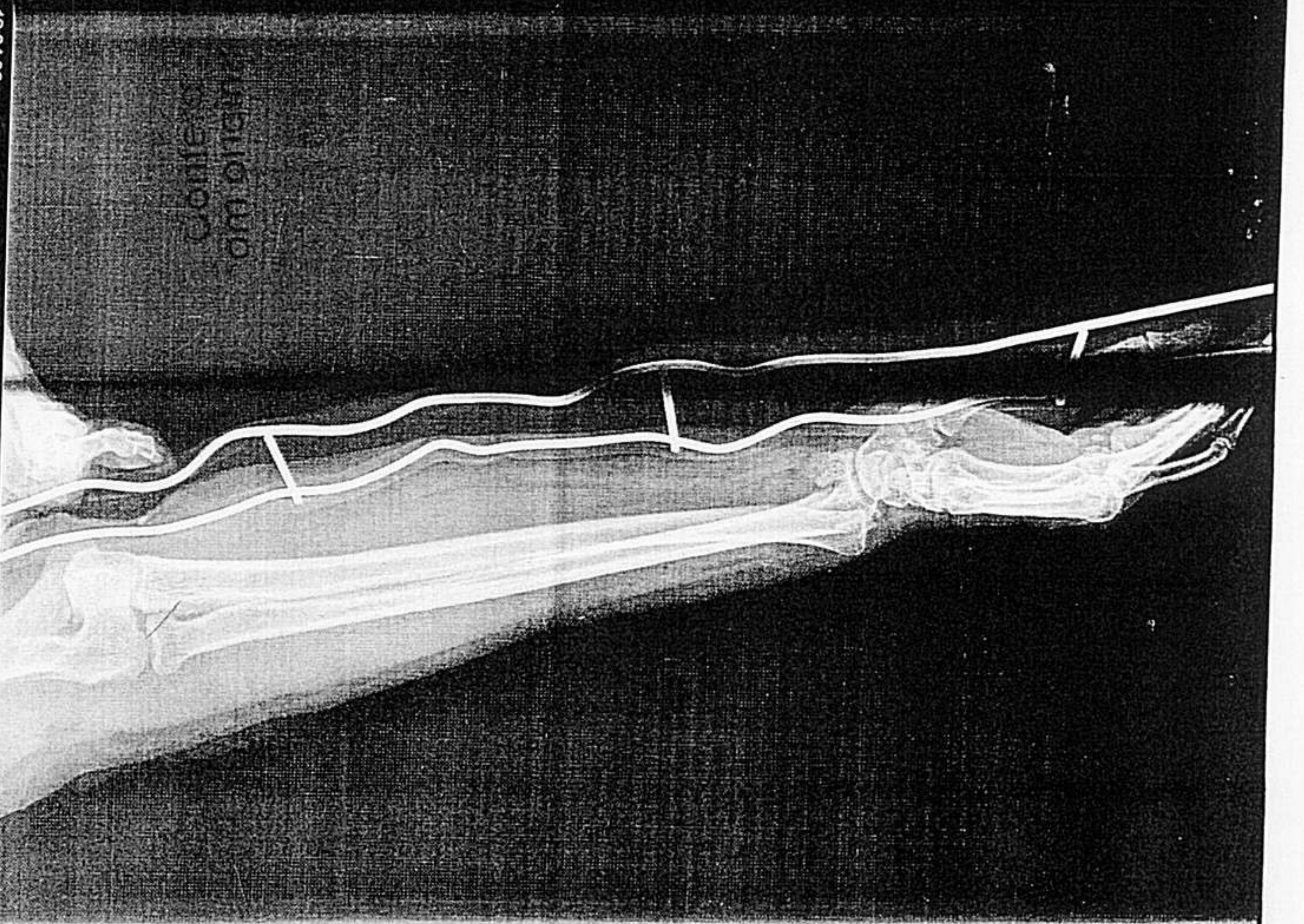




19:24:06

ANA CLAUDIA PIMENTEL
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
21/11/2019

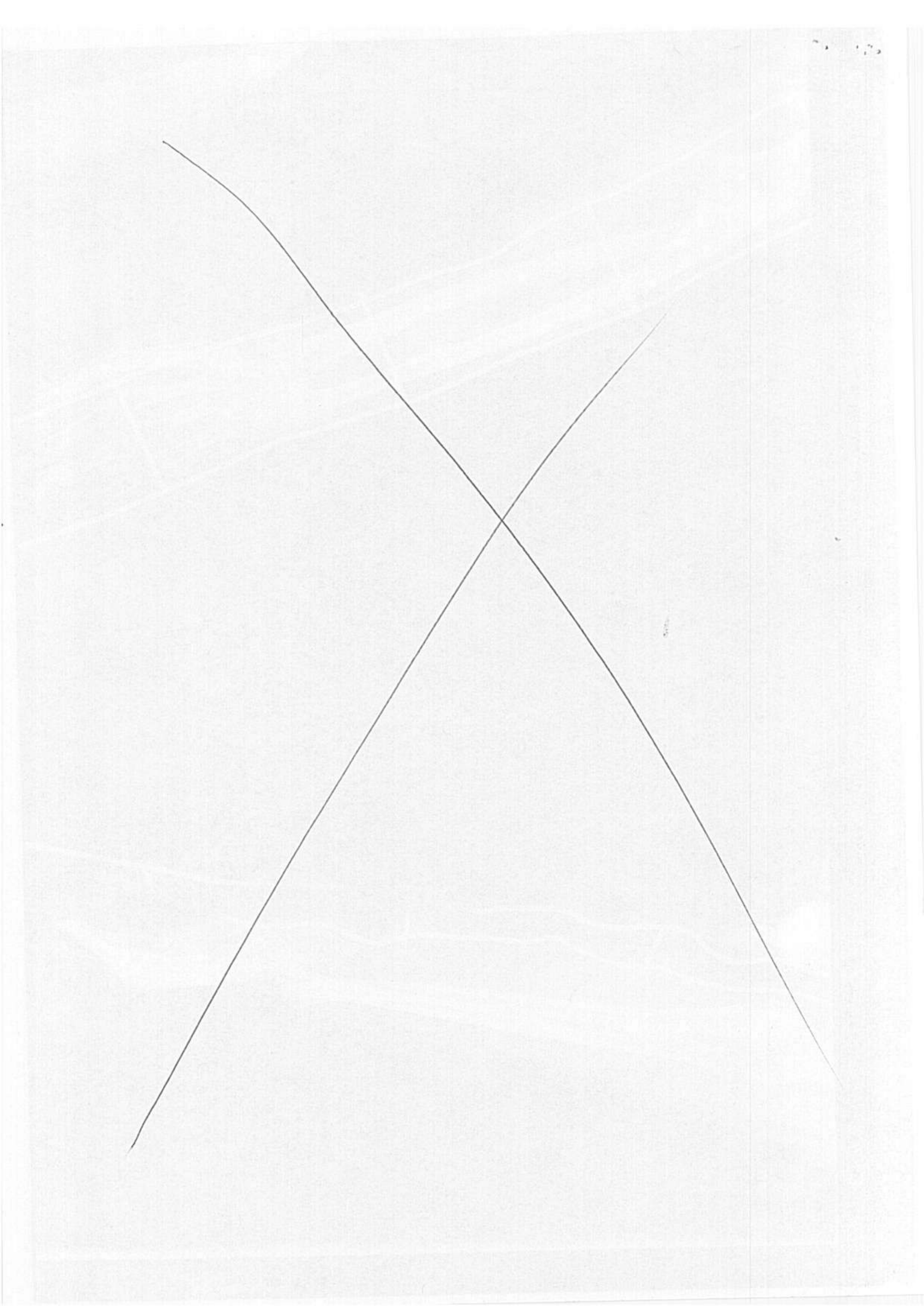
45,4 %



19:24:06

51858
Feminino
21/03/1973
MOURA GESSIKA

44,5 %



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 980131278	NOME FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF 148994 SSP RR
	CPF 606.934.792-72
	DATA NASCIMENTO 23/12/1976
	FILIAÇÃO JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO JURACY SOUSA DO NASCIMENTO
	PERMISSÃO AB
	ACC AB
	CAT. HAB AB
	Nº REGISTRO 01101996953
	VALIDADE 14/01/2020
	1ª HABILITAÇÃO 17/12/1999
OBSERVAÇÕES	
	
ASSINATURA DO PORTADOR	
PROIBIDO PLASTIFICAR 980131278	LOCAL BOA VISTA - RORAIMA
	DATA DE EMISSÃO 15/01/2015
	10964911290 RR207911720
	
	JUSCELINO KURTSCHÉK PEREIRA DIRETOR PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR	
DETRAN-RR (RORAIMA)	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1647626320

NOME
ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
141110 SSP RR

CPF
509.668.122-04

DATA NASCIMENTO
21/08/1973



FILIAÇÃO
RAIMUNDA SANTOS DE
MEIRELES

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05984164142

VALIDADE
24/03/2023

1ª HABILITAÇÃO
24/01/2014



OBSERVAÇÕES
A

PROIBIDO PLASTIFICAR
1647626320

Ana Claudia de Meireles Pimentel
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
26/03/2018

ANTONIO FRANCISCO BESERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR
ASSINATURA DO EMISSOR

81610479500
RR209594462



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165822/20

Vítima: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

CPF: 509.668.122-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL : 509.668.122-04

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: 15/06/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200213745 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO. P.3,4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO 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 LEVE DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200213745 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO. P.3,4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO 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 LEVE DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ana claudia de meireles Pimentel, brasileiro(a) estado civil casada, profissão: Autônoma, portador(a) da cédula de identidade CIRG nº 141110 e inscrito no CPF/MF nº 509668122-04, residente e domiciliado na Vic 02 lote 01, nº _____, Bairro: Zona Rural, município de: Rorainópolis/RR, Tel. _____, E-mail: _____.

OUTORGADO: Francisca Sousa Do Nascimento, brasileira, solteira, portadora do RG nº 148.994 SSP/RR e inscrito no CPF nº 606.934.792-72, residente e domiciliada na Rua: Capela, LT: 402, nº 402, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-492, município de Boa Vista-RR

PODERES ESPECIAIS: a **OUTORGADA** para Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizado ao outorgado.

Boa vista, 4 de junho de 2020



Ana claudia de Meireles Pimentel

OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165822/20

Vítima: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

CPF: 509.668.122-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL : 509.668.122-04

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: 15/06/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO