

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 01 de 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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:

3 - CPF da vítima:

509.668.122-04

4 - Nome completo da vítima:

Ana Claudia de Mireles 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 Mireles Pimentel

6 - CPF:

509.668.122-04

7 - Profissão:

Recreio

8 - Endereço:

V. VC 02, KM 02, Faz. Vilaob.

9 - Número:

51/1

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Roraima

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.373-000

15 - E-mail:

franciscosnasciamento@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

95 99131-1149

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 0000 2583

(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 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 (vainascer)? 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 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 06 de junho de 2020.

Ana Claudia de Mireles Pimentel

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	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

Nº: 00

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 69.373-000

Telefone: (95) 99127-6874 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição MOTOCICLETA

CPF/CNPJ do Proprietário 509.668.122-04

Placa NAV0298

Renavam 01030329351

Número do Motor E3F6E-057434

Número do Chassi 9C6KE1550F0035435

Ano/Modelo Fabricação 2015/2014

Cor BRANCA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Rorainópolis

Marca/Modelo YAMAHA/T115 CRYPTON ED

Modelo YAMAHA/T115 CRYPTON ED

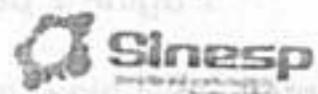
Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 15/12/2014

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO



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

DADOS DO REGISTRO

Envolvimentos

Nome Envolvido

ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

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)

Fernando Alves da Cruz

Delegado de Polícia

Matrícula 42000208

CARTÓRIO

DE NOTAS PROTESTOS

E REGISTRO CIVIL

AUTENTICAÇÃO

tabrorainopolis@gmail.com 55 95 3288.2081
Rua Pedro Daniel da Silva, 1825 - Centro
Rorainópolis-RR - CEP: 69.373-000

Autentico por ser fotocópia fidedigna 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,

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

<https://cidadao.portaiselorr.com.br>

JOCIELE ALMEIDA DA CONCEIÇÃO - Escrevente Autorizada

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:

509.668.122-04

4 - Nome completo da vítima:

Ana Claudia de Mireles 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 Mireles Pimentel

6 - CPF:

509.668.122-04

7 - Profissão:

Recreio

8 - Endereço:

V. VC 02, KM 02, Faz. Vilaob.

9 - Número:

51/1

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Roraima

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.373-000

15 - E-mail:

franciscosnasciemento@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

95 99131-1149

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 0000 2583

(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 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 (vainascer)? 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 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 06 de junho de 2020.

Ana Claudia de Mireles Pimentel

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 00000002583-0

Nr. da Autenticação 07BEA18ED62D5B29



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

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0540428-2

5129275

Nº da Nota Fiscal

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:	5319	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	Ligaçao:	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:	

DESCRICAÇÃO DA CONTA		
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		HISTÓRICO DE MEDICÃO											
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 231 - 0,469500													
Média 12 meses: 215													



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

RORAIMA ENERGIA

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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1040650	05/2020	13-APR-20 a 12-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
514	11-JUN-20	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	MÊS	TOTAL A PAGAR
1040650	05/2020	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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisca Sousa do Nascimento

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

Ana Cláudia da Menezes Pimentel inscrito (a) no CPF sob o Nº 509.668.122 / 04,

do sinistro de DPVAT cobertura Incidência Permanente da Vítima Ana Cláudia da Menezes 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:	Complemento:
Bairro:	Cidade Satélite	Cidade:	Estado: RR CEP: 69.317-492
E-mail:	franciscasnascimento@hotmail.com	Tel.(DDD):	(95) 99131-1149

Local e Data: _____



Assinatura do Declarante

N-2667



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



Idade: SAMU-RI/5

FICHA DE ATENDIMENTO

Equipe: Edian Jefferson D.

Paciente: ANA CLAUDIO de MIRALLES Pinoniel
Endereço: AV. Doutor Yanara

Idade: 41 anos

Sexo: F

Local de referência:

Nº	DATA	HORA DO ACIONAMENTO:
Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM:		HORA CHEGADA NA UNIDADE:
MOTIVO:	SOCORRO [] TRANSPORTE [] REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR [] OUTRO	18:34 - 18:40

MECANISMO DE TRAUMA			
AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLÊNCIA	OUTROS
<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	<input type="checkbox"/> Uso do cinto _____ <input type="checkbox"/> Vítima projetada _____ <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada _____ <input type="checkbox"/> Air Bag	<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência <input type="checkbox"/> Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	<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: _____
MOTO/BICICLETA			
<input type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>Bicicleta</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto			
<input type="checkbox"/> Com capacete _____ <input type="checkbox"/> Sem capacete _____ <input type="checkbox"/> Condutor _____ <input type="checkbox"/> Passageiro _____			

AValiação INICIAL			
Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Eupneico	<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 _____	<input type="checkbox"/> Bradicardia _____ <input type="checkbox"/> Taquicardia _____ <input type="checkbox"/> Arrítmico _____ <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" _____ <input type="checkbox"/> Ausente (Assistolia) _____	<input type="checkbox"/> AVDN _____ <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria _____ <input type="checkbox"/> Otorréia _____ <input type="checkbox"/> Olorragia _____ <input type="checkbox"/> Rinorragia _____ <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado _____

Horas	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemias	Trauma	APGAR
Inicio	18.50	100	70	95	99%	6	—	Punto E	—
Fim			X						

AValiação SECUNDÁRIA				
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax
<input 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	<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 _____	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Ferimento ocular _____	<input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia _____ <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo _____	<input type="checkbox"/> Escorias _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Tórax Instável _____ <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal _____ <input type="checkbox"/> Tamponamento _____
Pelve	Coluna Dorsal			
<input type="checkbox"/> Conlusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Instabilidade _____	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Dor _____		<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____	<input type="checkbox"/> Fratura <u>Susp. NO PUNHO</u> _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____ <input type="checkbox"/> Esmagamento _____ <input type="checkbox"/> _____
Membros				

AValiação CARDIÁCA			AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar	<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"/> Infecciosa _____ <input type="checkbox"/> Obstétrica _____ <input type="checkbox"/> Pediátrica _____ <input type="checkbox"/> HAS _____ <input type="checkbox"/> Aborto _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____ <input type="checkbox"/> Cardiopatia _____ <input type="checkbox"/> HAS _____ <input type="checkbox"/> Aberto _____	<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"/> MÓRTE	<input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA	<input type="checkbox"/> OUTRO		

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

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de destino)

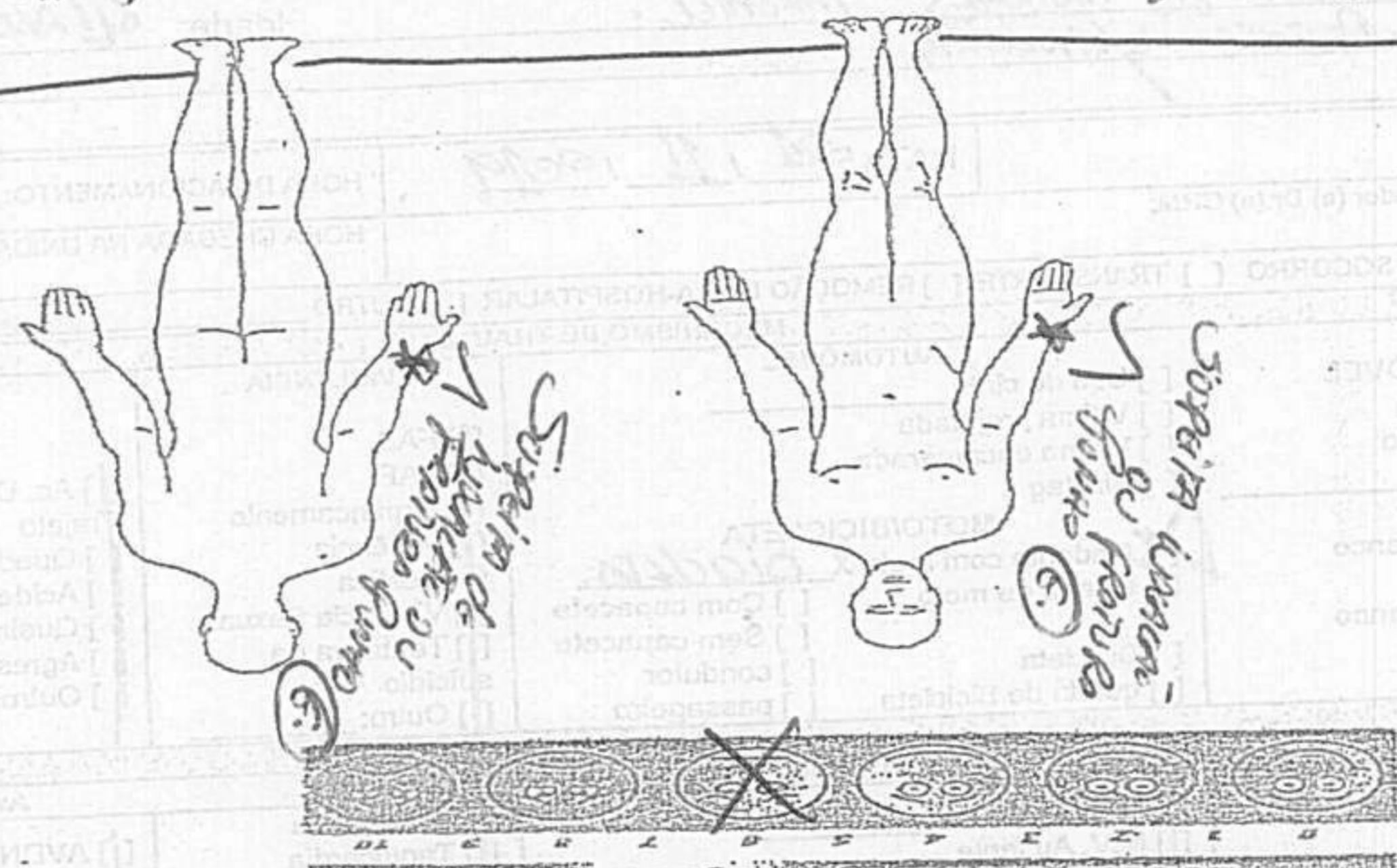
Data: 11/01/2019

MULTIPLAIS MEIOS ACIONADOS

- Polícia Militar
- Guarda Municipal
- SMTRAN
- Bombeiro

666.61. Difference between the open file quantity

Alcaldes de Transición (Colombia x CICIG). Llamada una claudia de Alcaldes fui
TGL Almas. Encuentro, acuerdos, veracruzando. Gobernación se formó de la
Alcaldes. Edema + suspensión de licencia o jefatura no pudo. Sustituto
Alcaldes. Informado o bien alegaciones e viabilidad conducción a PS-HSG
Sistemas. Gracias a la equipación de la serie. Se mantiene



ESCALA DE LISSA DA LOGICA (EVALUATION SCALE OF LOGIC)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCALA DE GLASGOW		ESCALA DE GLASGOW	
adulto	menores de 5 años	escala	escala	escala	escala
10-24	4	adulto	4	adulto	4
25-35	3	com estímulos auditivos	3	com estímulos auditivos	3
≥36	2	com estímulos dolorosos	2	com estímulos dolorosos	2
01-09	1	não abre os olhos	1	não abre os olhos	1
0	0	orientado	5	orientado	5
>90	4	choro imitado	4	choro imitado	4
70-89	3	paravras inapropriadas	3	paravras inapropriadas	3
50-69	2	sons ou gemidos	2	sons ou gemidos	2
01-19	1	nenhuma	1	nenhuma	1
0	0	obedecendo solicitações	6	obedecendo solicitações	6
14-15	5	retilinear a dor	5	retilinear a dor	5
11-13	4	flexão normal	4	flexão normal	4
8-10	3	flexão anormal	3	flexão anormal	3
5-8	2	extensão a dor	2	extensão a dor	2
3-4	1	nenhuma	1	nenhuma	1
324					

Descrição:	Nome do Receptor:	Função do Receptor:	Assinatura do Receptor:	PERTE NTE DO PACIEN TE
Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico dispensabilizado pela SAMU/Boa Vista, nessa oportunidade:	Assinatura do Paciente:	RG:	Assinatura do Paciente:	TERMO DE RECUSA

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 ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL		Data Nascimento 21/08/1973	Idade 46 A 3 M 0 D	CNS 898004120759336	CPF 50966812204	Prontuário		
Tipo Doc Documento IDENTIDADE 141110		Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão 16/02/2018	Sexo F	Estado Civil CASADO(A)	Raça/Cor PARDA	Naturalidade SANTAREM - PA	Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe RAIMUNDA DE MEIRELES PIMENTEL		Pai NAO INFORMADO				Contato (95) 99127-6874		
Endereço VICINAL - 02 - L 01 - ZONA RURAL - RORAINOPOLIS - RR		Confere com origina				CEP: 69.373-970	Ocupação AGRICULTOR	
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira 1900140974-00	Validade	Autorização	Sis Prenatal 100/70			
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend. HOSPITAL REGIONAL SUL	Procedência	Temp.	Peso	Pressão 100/70		
Setor PRONTO ATENDIMENTO	Tipo de Chegada SAMU REGIONAL	Procedimento Sol.				Registrado por: DENISE.FERREIRA		
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <input type="checkbox"/> Síndrome Urinária <input type="checkbox"/> Síndrome Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Síndrome Endocriniana <input type="checkbox"/> Síndrome Hematológica <input type="checkbox"/> Síndrome Neurológica <input type="checkbox"/> Síndrome Renal						
Anamnese de Enfermagem		RORAINOPOLIS CEP: 69.373-970 RR				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA : h)		<i>Lorei acident de natação, chuveiro o pôr do sol</i>						
Exame Físico <i>(sic)</i>		<i>Experiência asséia e seca</i>						
Hipótese Diagnóstica <i>Fractura</i>								
SADT - Exames Complementares		<input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO			
<i>01 Frac. mandibular (50-5) + 100 ml de soro fisiológico</i>		<i>10:30 a 11:00</i>						
<i>Operação e/ou osteosíntese</i>								
Conduta								
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família		<input type="checkbox"/> 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				<i>Dr. Oscar E. Riss Quirúrgico</i> <i>União Geral/CRM-RR 1993</i> <i>21 NOV 2019</i>				
				 1900140974				

Proclara rádio distal.

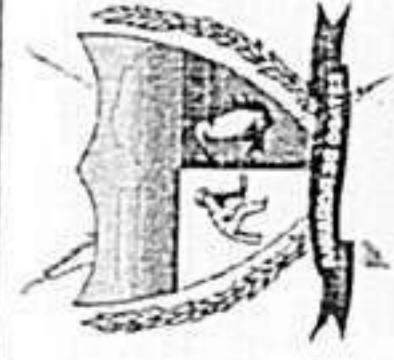
D.

- Recup. muscular
- Art.
- pulm.

2



Confere
com original.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

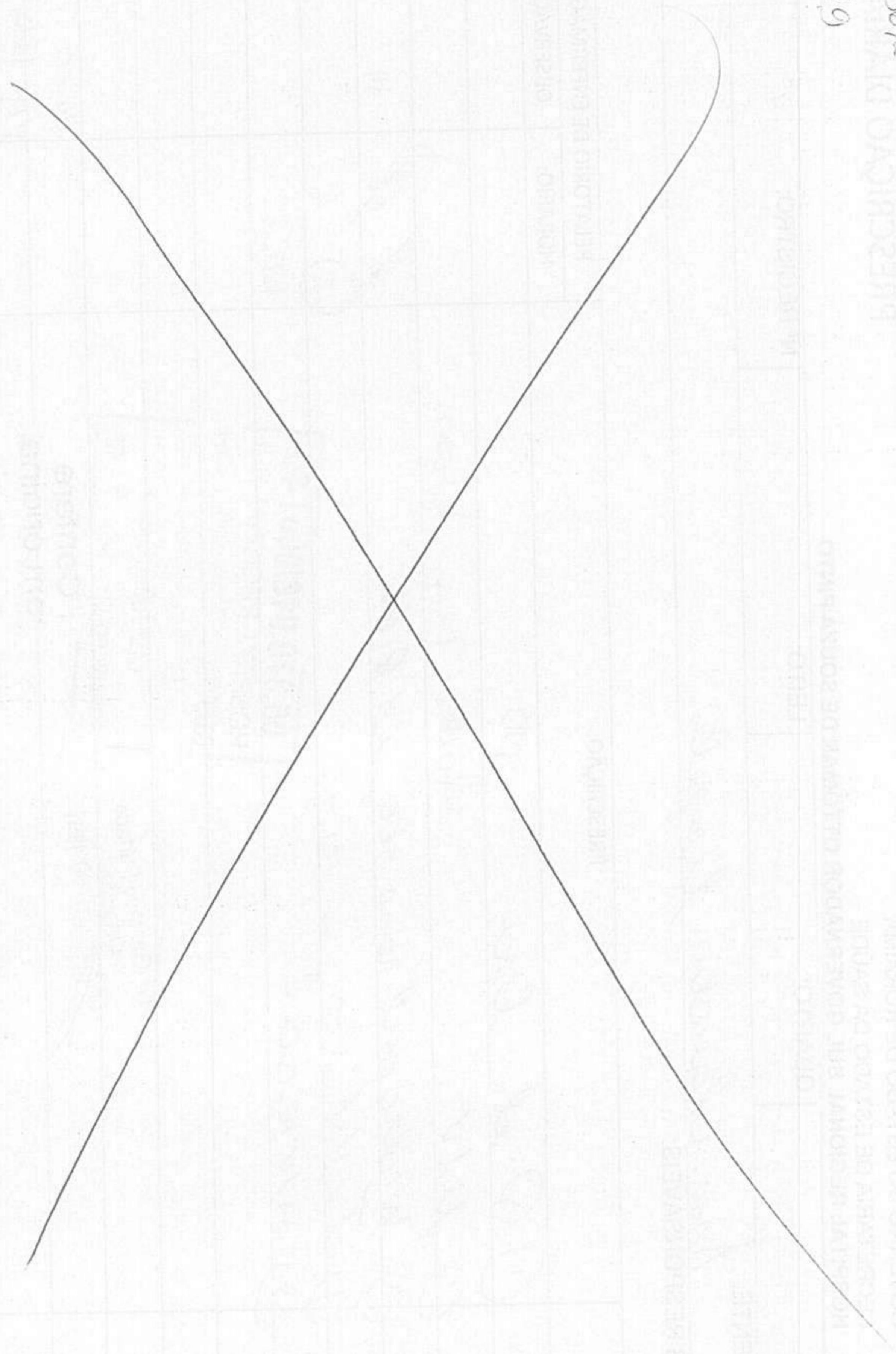
QUARTO: NOME DO PACIENTE: Av. Cláudio Oliveira

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

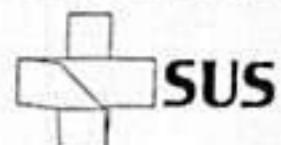
DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

DATA HORA:	PRESCRIÇÃO:	RELATORIO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO:	OBSERVAÇÕES:
11/11/19	1. D. deixa. deixa. 2. Alm. 11h30. 3. Inolocostilizone 500mg 1xdia. 4. T. Colch. 100mg 1xdia.	1. IND 2. Alm. 3. Inolocostilizone 500mg 1xdia. 4. T. Colch. 100mg 1xdia.	14:00 15:00	
19/11/19	5. Sulfacetame	5. Sulfacetame	16:00	
		05.370.016/0000-100 HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO BR 174 - KM 400 CEP. 63.370-000 Cidade: 1256/CO: 1957		
		Dr. Gustavo Furtado Ortopedista Confere com orientações	24:00	
			PA = 116x40 Tc. 36.3 R: 20 P: 95	



$$\beta = 110^\circ$$
$$\Gamma_{\text{ex}} = 36.2^\circ$$
$$\gamma = 6.9$$



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

Ana. Cláudia. de Oliveira G. P.

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

12 - TELEFONE DE CONTATO

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RACA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CUSTAVO FURTADO

() CNS () CPF

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CIRO HERNANDEZ COLLAZO - CRM: 473

RORAIMA - RR

48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (X) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Amo Chá de
Café

109.000
R\$ 100.000,00

E. 174 - Km 400
CEP: 69.370-970

Confer
ecomoraine

Brasília

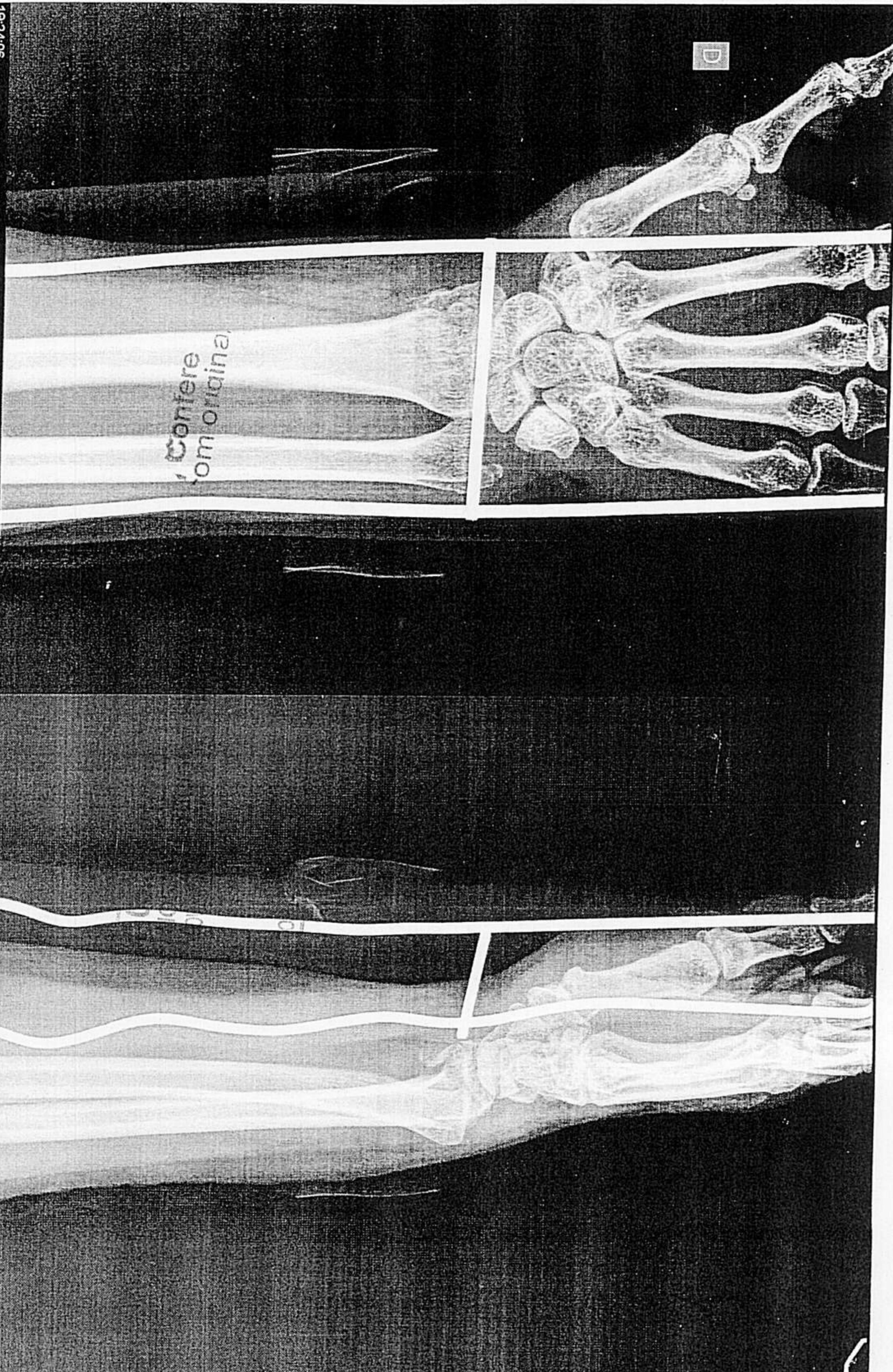
22/19

Projeto solo inocreto.

rock solo solo inocreto
anatomic, not too thick, sandblasting
with other pieces of the palm are
orientable to the post-bilocal
the corners of 15 to 17 centimeters
the lower part of the sand are
the same greenish and color

Nitrogenated wall's and phosphate
diluted in water

3/16.1
2



19:24:06

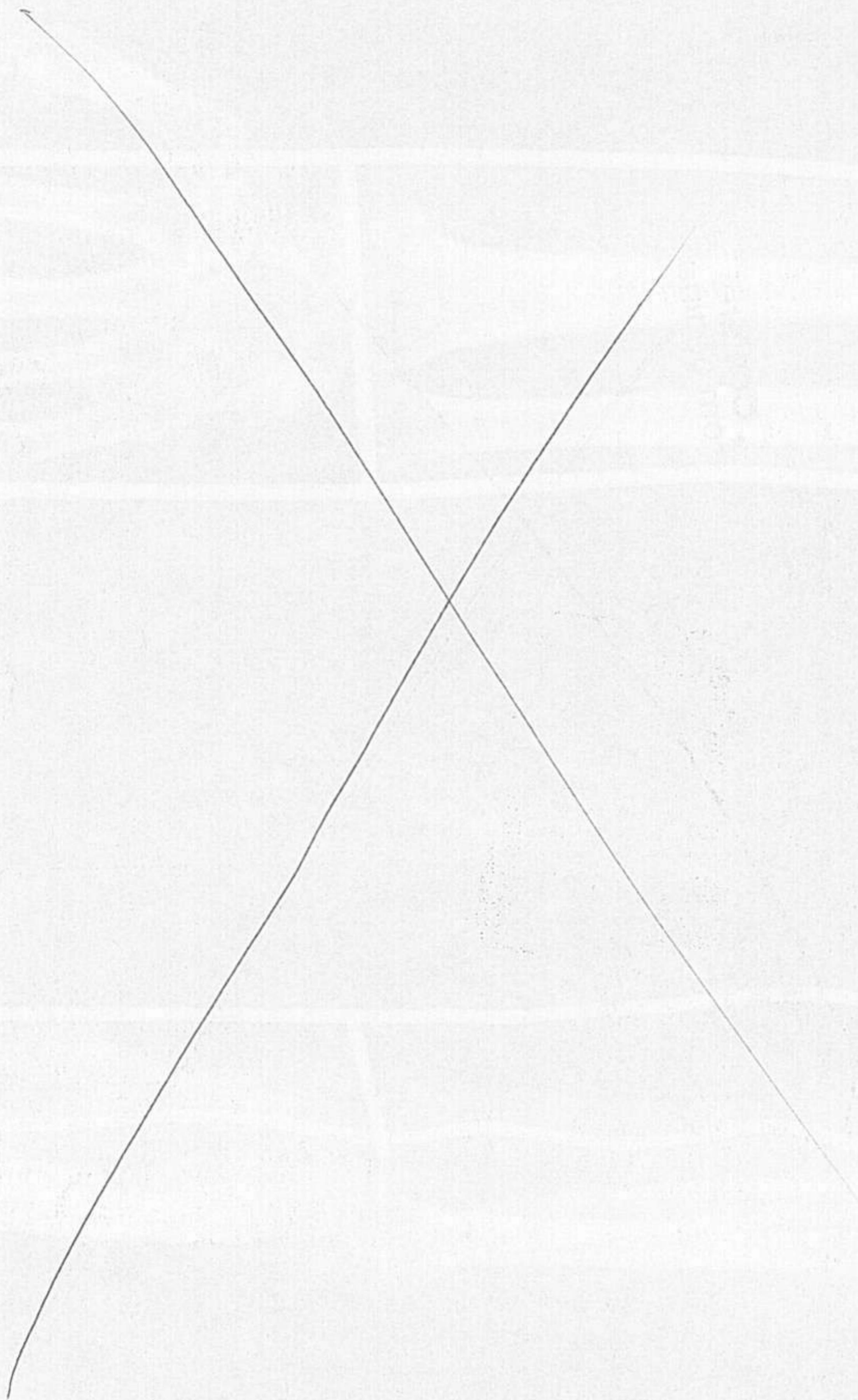
92,4 %

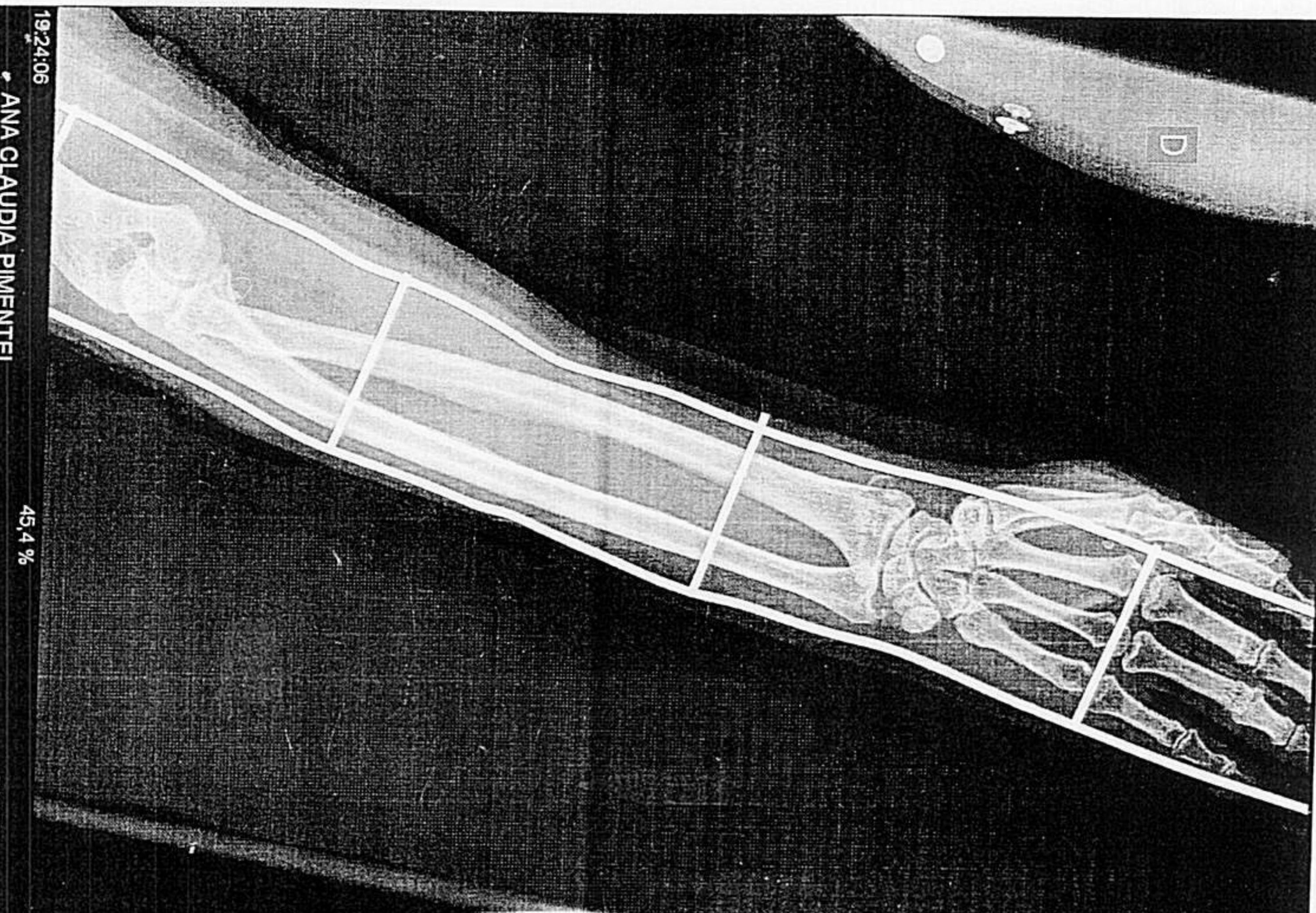
ANA CLAUDIA PIMENTEL
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
21/11/2019

51859
Femilhão

21/03/1973
MOURA GESSIKA

77,6 %

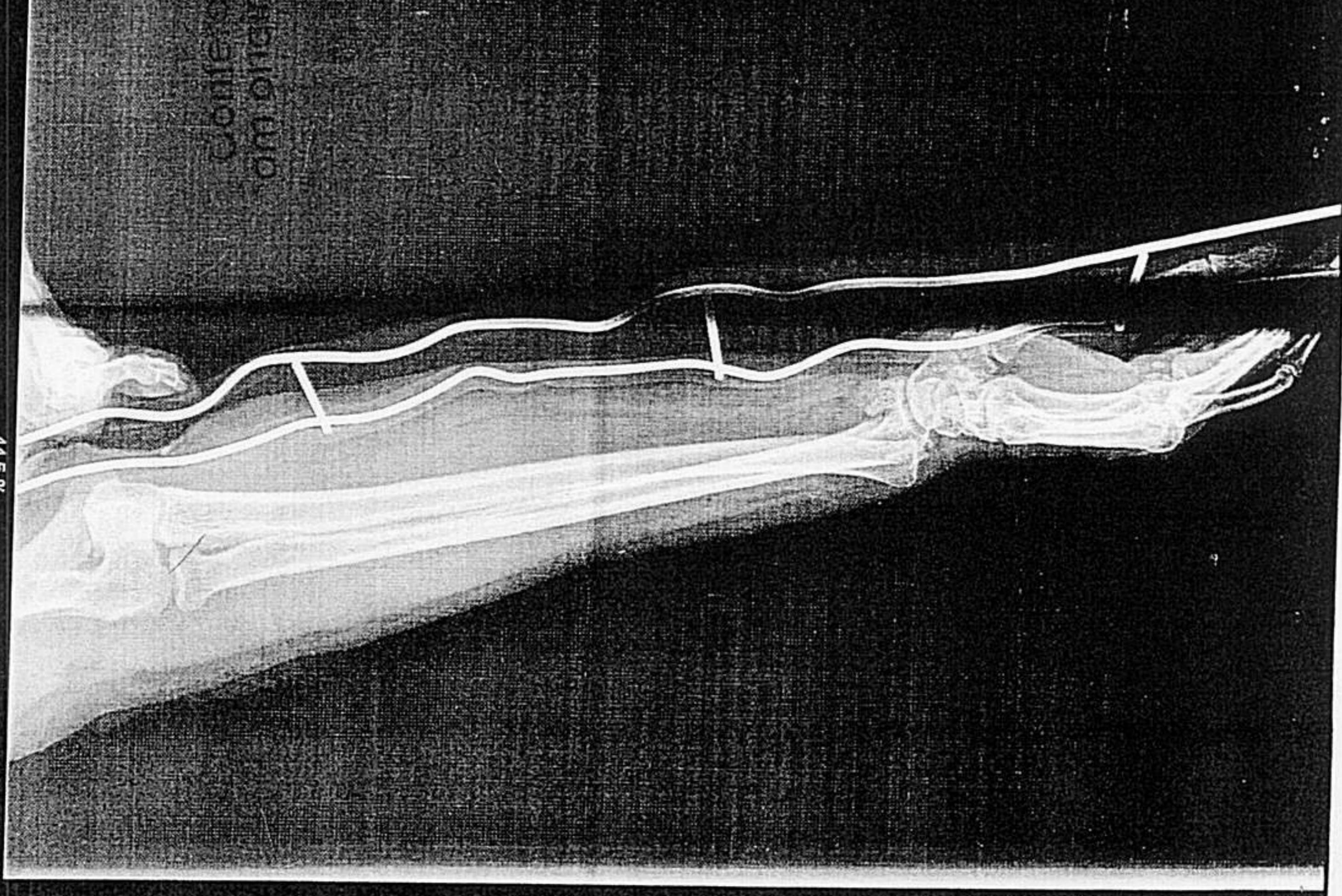




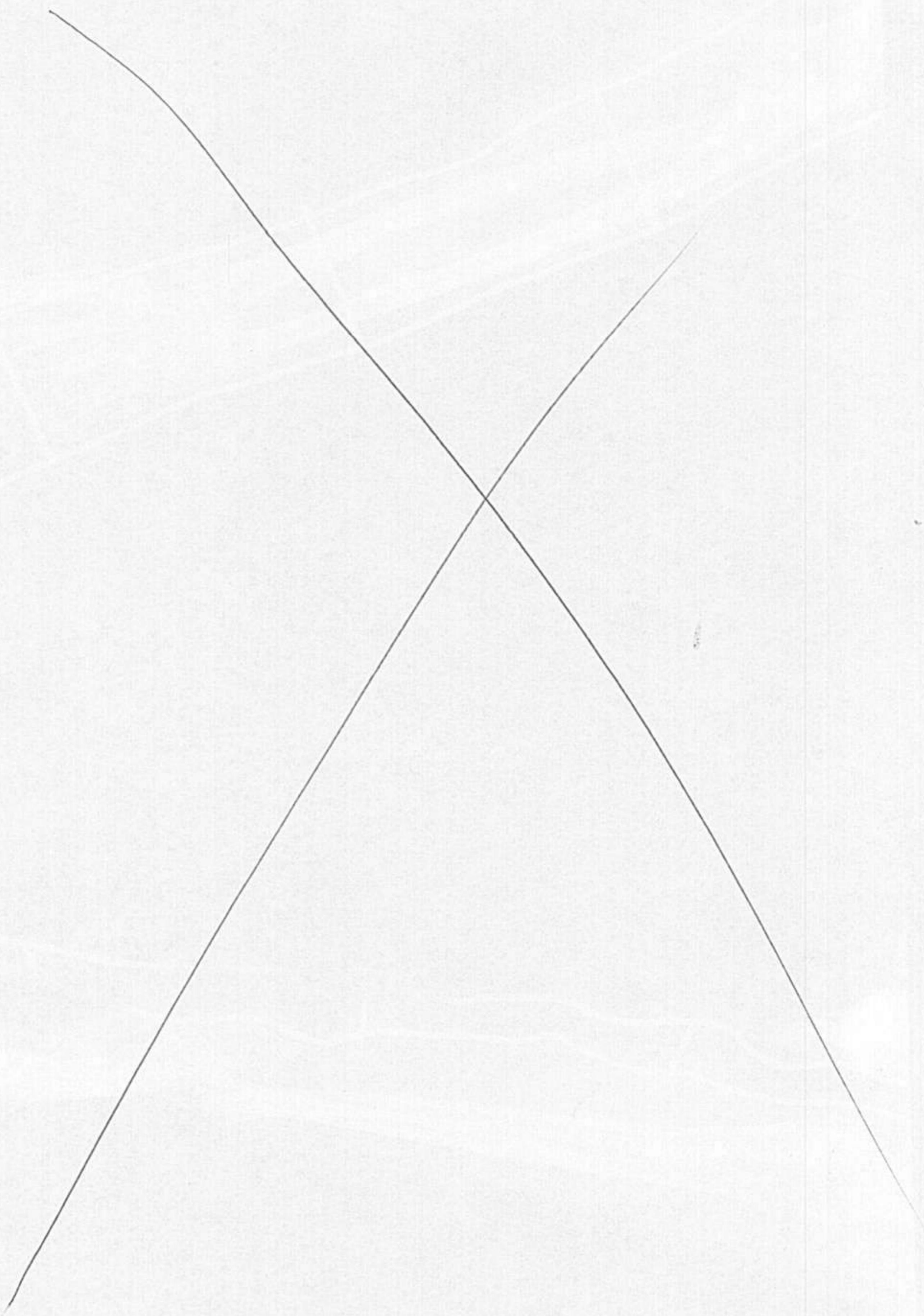
• ANA CLAUDIA PIMENTEL
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
21/11/2019

45,4 %

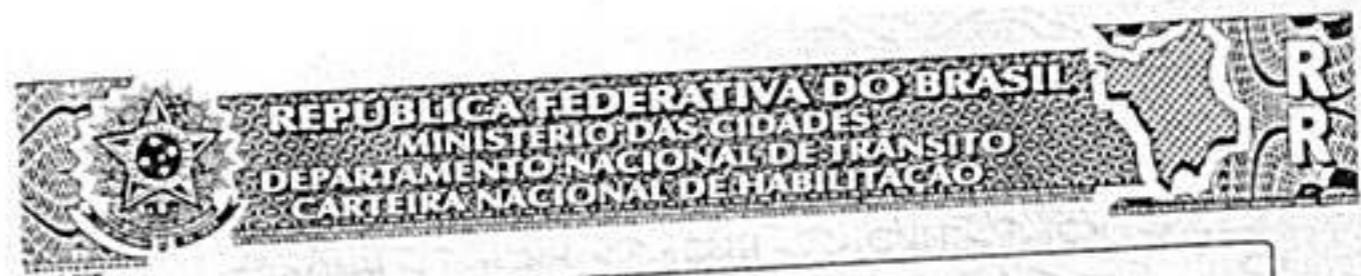
51858
21/03/1973
Femilho
MOURA GESSIKA



44,5 %







VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1647626320

PROIBIDO PLASTIFICAR
1647626320

NOME
ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
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

Ana Claudia de Meireles Pimentel
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR DATA DE EMISSÃO
26/03/2018

Antônio Francisco Bezerra Marques
ANTÔNIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETAN-RR
ASSINATURA DO EMISSOR

B1610479500
RR209594462

RORAIMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165822/20

Vítima: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

CPF: 509.668.122-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

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 Mireles Pimentel, brasileiro(a) estado civil casada, profissão: Autônoma, portador(a) da cédula de identidade CIRG nº 141110 e inscrito no CPF/MF nº 509 668 122-04, 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

OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165822/20

Vítima: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

CPF: 509.668.122-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: ANA CLAUDIA DE MEIRELES PIMENTEL

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO