
Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190394071

Vítima: CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR

Data do Acidente: 19/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR

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, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190394071
Vítima: CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR
Data do Acidente: 19/03/2019
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR

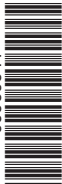
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190394071 Vítima: CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR

Data do Acidente: 19/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

E-mail:

Estado:

CEP:

Tel (DDD):

(95) 98403-5060

metaleirgico

Rua: Belém

475.232.045-20

Nova cidade

Boa Vista

657 casa

TLCTRRR@HOTMAIL.COM

RR

69.316-254

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

6953

CONTA:

24240 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Local e Data: Boa Vista - RR

Nome: Carlito George Petri Junior

CPF: 475.232.045-20

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes.

24 JUN. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017328/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/06/2019 10:47 Data/Hora Fim: 13/06/2019 11:03
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 13/06/2019
Delegado de Polícia: João Luiz Evangelista Batista Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 19/03/2019 11:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av. Major Willyams
Complemento: em frente ao número 1698

Bairro: São Francisco

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SP - São Paulo Sexo: Masculino Nasc: 07/09/1968
Profissão: Metalúrgico
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Izaura Maciel Petri Nome do Pai: Acrítos George Petri

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 0340868708

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Belem
Bairro: Nova Cidade

Nº: 657

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem à este DP para informar que é habilitado (CNH nº 01485399565), e que na data, hora e local acima informado, conduzia a motocicleta Honda CG 150 TITAN KS, de placa NAR-1016, Chassi 9C2KC08108R226601, de cor cinza, Renavam 970427980, ano/modelo 2008/2008, a qual se encontra em nome do próprio comunicante, quando teve a frente de sua motocicleta fechada por outro veículo que seguia na mesma via e sentido. Que o comunicante seguia na faixa da direita, sendo que o autor tentou ultrapassar entre a sua motocicleta e um outro veículo que se encontrava na faixa da esquerda. Que o automóvel do autor chegou a colidir com a motocicleta do comunicante, o que fez o comunicante ir ao solo. Que devido as lesões sofridas, o comunicante se dirigiu por meios próprios até o HGR para receber atendimento médico. Que o referido B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o relato.



Delegado de Polícia Civil: João Luiz Evangelista Batista Dos Santos
Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães
Data de Impressão: 13/06/2019 11:04
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

24 JUN. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017328/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães

Responsável pelo Atendimento

Rt. 1. 042000 425

Carlitos George Petri Junior

(Vítima / Comunicante)

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



24 JUN. 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Resposta para o preenchimento: ☐ BOM (SEM SINAL DE RESISTÊNCIA MEDICA E SUPERFICIAL) ☐ INTERMEDIARIA (ACIDENTE) ☐ RUIM

Nome completo do segurado: **Carlos George Petri Junior**
CPF: **475.232.045-20**
Data de nascimento: **14/05/1975**
Endereço: **Boa Vista**
Cidade: **Nova Cidade**
Estado: **RR**
CEP: **69.316-254**
Telefone: **69.316-3060**
E-mail: **LOSEBROU@GMAIL.COM**

Atividade Profissional: ☒ TRABALHADOR ☐ NÃO TRABALHADOR

Atividade Profissional: ☐ AGRICULTOR ☐ PASTOR ☐ PESQUEIRO ☐ COMERCiante ☐ INDUSTRIAL ☐ SERVIÇOS ☐ TRANSPORTES ☐ OUTROS

Atividade Profissional: ☐ TRABALHADOR ☐ NÃO TRABALHADOR

Atividade Profissional: ☐ AGRICULTOR ☐ PASTOR ☐ PESQUEIRO ☐ COMERCiante ☐ INDUSTRIAL ☐ SERVIÇOS ☐ TRANSPORTES ☐ OUTROS

Atividade Profissional: ☐ TRABALHADOR ☐ NÃO TRABALHADOR

Atividade Profissional: ☐ AGRICULTOR ☐ PASTOR ☐ PESQUEIRO ☐ COMERCiante ☐ INDUSTRIAL ☐ SERVIÇOS ☐ TRANSPORTES ☐ OUTROS

Atividade Profissional: ☐ TRABALHADOR ☐ NÃO TRABALHADOR

Atividade Profissional: ☐ AGRICULTOR ☐ PASTOR ☐ PESQUEIRO ☐ COMERCiante ☐ INDUSTRIAL ☐ SERVIÇOS ☐ TRANSPORTES ☐ OUTROS

Atividade Profissional: ☐ TRABALHADOR ☐ NÃO TRABALHADOR

Atividade Profissional: ☐ AGRICULTOR ☐ PASTOR ☐ PESQUEIRO ☐ COMERCiante ☐ INDUSTRIAL ☐ SERVIÇOS ☐ TRANSPORTES ☐ OUTROS

Atividade Profissional: ☐ TRABALHADOR ☐ NÃO TRABALHADOR

Atividade Profissional: ☐ AGRICULTOR ☐ PASTOR ☐ PESQUEIRO ☐ COMERCiante ☐ INDUSTRIAL ☐ SERVIÇOS ☐ TRANSPORTES ☐ OUTROS

Atividade Profissional: ☐ TRABALHADOR ☐ NÃO TRABALHADOR

Atividade Profissional: ☐ AGRICULTOR ☐ PASTOR ☐ PESQUEIRO ☐ COMERCiante ☐ INDUSTRIAL ☐ SERVIÇOS ☐ TRANSPORTES ☐ OUTROS

Atividade Profissional: ☐ TRABALHADOR ☐ NÃO TRABALHADOR

Atividade Profissional: ☐ AGRICULTOR ☐ PASTOR ☐ PESQUEIRO ☐ COMERCiante ☐ INDUSTRIAL ☐ SERVIÇOS ☐ TRANSPORTES ☐ OUTROS

Atividade Profissional: ☐ TRABALHADOR ☐ NÃO TRABALHADOR

Atividade Profissional: ☐ AGRICULTOR ☐ PASTOR ☐ PESQUEIRO ☐ COMERCiante ☐ INDUSTRIAL ☐ SERVIÇOS ☐ TRANSPORTES ☐ OUTROS

Atividade Profissional: ☐ TRABALHADOR ☐ NÃO TRABALHADOR

Atividade Profissional: ☐ AGRICULTOR ☐ PASTOR ☐ PESQUEIRO ☐ COMERCiante ☐ INDUSTRIAL ☐ SERVIÇOS ☐ TRANSPORTES ☐ OUTROS

Atividade Profissional: ☐ TRABALHADOR ☐ NÃO TRABALHADOR

Atividade Profissional: ☐ AGRICULTOR ☐ PASTOR ☐ PESQUEIRO ☐ COMERCiante ☐ INDUSTRIAL ☐ SERVIÇOS ☐ TRANSPORTES ☐ OUTROS

Atividade Profissional: ☐ TRABALHADOR ☐ NÃO TRABALHADOR

Atividade Profissional: ☐ AGRICULTOR ☐ PASTOR ☐ PESQUEIRO ☐ COMERCiante ☐ INDUSTRIAL ☐ SERVIÇOS ☐ TRANSPORTES ☐ OUTROS

24 JUN. 2010

19/03/2019

Guia de Atendimento 17



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

1ª Classificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

Linha Amarela
Corte de UVE

1901086285 19/03/2019 11:59:49 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 16

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário
CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR 07/09/1968 50 A 6 M 12 D 47523204520
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 0340868708 SSP/BA M UNIAO PARDA SAO PAULO - SP BRASILEIRA
Mãe **IZAURA MACIEL PETRI** Contato (95) 99117-3460
Endereço **AVENIDA - BENJAMIN CONSTANT - 3419 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por
GRANDE TRAUMA DEMANDA ESPONTANEA FRANCILENE.SILVA

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

Dor em pé ⑤

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Paciente com ferida de 1 cm em pé ⑤ após acidente automobilístico
Moto x carro

Exame Físico D. 100/65
A. AP sem edema cervical E: escarificações em MSE, abdome, 2
B. MVE sem edema periorbitário M I ⑤
C. sem sangramento ativo

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO

Dipiridona 1g EV 12-14

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

AV. Brig. Eduardo G. 3308
Novo Planalto - Tel (95) 3123-0823
AUTENTICAÇÃO
17 MAR 2019
Fulcr
Certifico e sou responsável por esta
cópia e pela responsabilidade Original
que foi encaminhada neste hospital

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☒ Transferência para: Ortopedia 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: francilene.silva
Data Hora: 19/03/2019 12:01:08

24 JUN. 2019



1901086285

Carimbo e Assinatura do Médico
Francilene Silva
CRM 1275

Otopatia - Dr. Dalsoni (à 23)

Paciente vítima de acidente carro moto, operando
do FCC um fôo dorsal de Pú (D). Radiografia
evidenciando fratura de 2º Metacarpo Direito.

CD: Imedição guinda e Amortecimento
União
Ao HCM.

GR



24 JUN. 2019

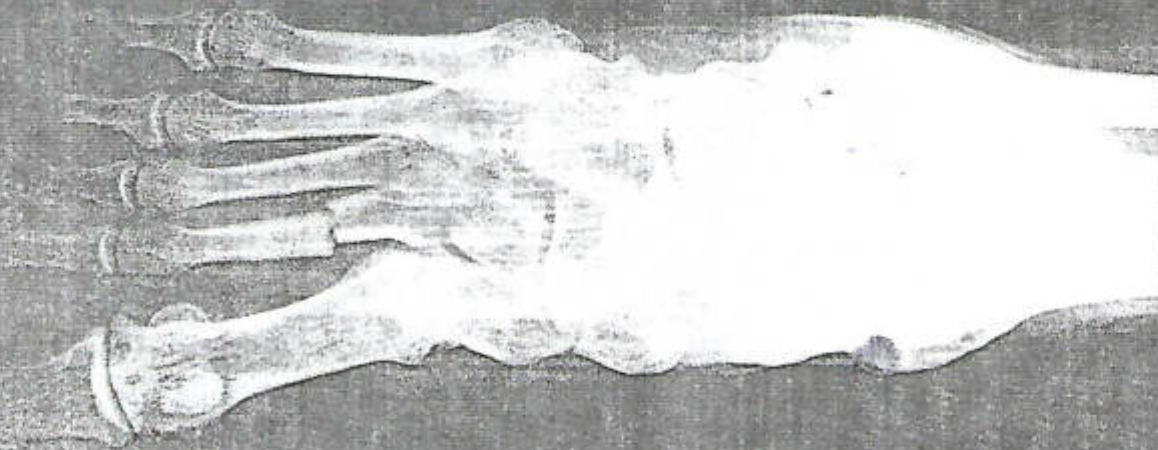
D



24 JUN. 2019

CALITOS GEORGE P. JUNIOR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



19/3/2019 13:00:52

57.5%



Para contato
conosco informe
este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.037.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impresão autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal

003014628

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	175	171,39

IZAIKA MACIEL

1 QUIL 657 NOVA CIDADE

CP: 6901312300515

CPF: 69.316-754 - BOA VISTA

ROT: 15.001.23.02.279000

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
	kWh	kVarh	
Atual:	19689		Atual:
Anterior:	19514		Anterior:
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:
Consumo Medido:	175		Emissão:
Consumo Faturado:	175	FCAN	Apresentação:

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Utiçao	Número Medidor	Posto	Código Fel.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	11FDB064591	1521722	1.1.1.2	249
HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA			
Mês/ano consumo					
MAR 19	277	CONSUMO 175 A R\$ 0,773664 =			135,39
ABR 19	301	CORRECAO MONETARIA DA 04/19-00			0,10
MAR 19	264	CORRECAO MONETARIA IC 04/19-00			1,55
FEV 19	235	MULTA POR ATRASO DE I 04/19-00			0,83
JAN 19	251	JUROS DE MORA POR ATR 04/19-00			0,14
DEZ 18	246	MULTA POR ATRASO 04/19-00			4,78
NOV 18	254	JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00			1,27
OUT 18	264	ILUMINACAO PUBLICA			27,33
SET 18	267				
AGO 18	215				
SOMATORIO: 19689 kWh					
Média: 175 kWh					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIQUIDE O VALOR DE R\$ 171,39 E FAÇA O PAGAMENTO VENCIMENTO 16 11 16 21 26
Participar! Até o dia 05/06/2019, não constatarão faturas vencidas
na Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 2F8C.EDA1.2A58.31B2.BB(9.D24F.7148.CC45

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 34,39	Base de Cálculo: 135,39
Energia: 72,90	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 23,01
Encargos: 3,78	Valor do PIS: 0,23
Tributos: 24,32	Valor do COFINS: 1,08

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 3,46 16,97 33,84 4,82
0,00 0,00 0,00

DISTRITO

04/2019 98,75

ROT: 15.001.23.02.279000



SEU CÓDIGO

0088314-0

TOTAL A PAGAR - R\$

171,39

MÊS FATURADO

06/2019

VENCIMENTO

11/07/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.037.022-3

Nº da Nota Fiscal

003014628 FCAN

8361000001 4 71390075000 9 000000000088 5 31400619008 1



24 JUN. 2019



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: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089153	MÊS 02/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh) 237	VENCIMENTO 11-MAR-19	TOTAL A PAGAR R\$ 229,20

24 JUN. 2019

OBSERVAÇÕES

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Ilair Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos George Petri Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.232.045 / 20 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Carlos George Petri Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.232.045 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua: Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.209</u>
Email <u>ilairv@hotmil.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Boa Vista RR, 24 de Junho de 2019
Local e Data

24 JUN. 2019

Assinatura do Declarante

19/03/2019

Guia de Atendimento 17



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

1ª Classificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

Linha Amarela
Corte de UVE

1901086285 19/03/2019 11:59:49 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 16

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário
CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR 07/09/1968 50 A 6 M 12 D 47523204520
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 0340868708 SSP/BA M UNIAO PARDA SAO PAULO - SP BRASILEIRA
Mãe Contato
IZAURA MACIEL PETRI **CARLITOS GEORGE PETRI** (95) 99117-3460
Endereço Ocupação
AVENIDA - BENJAMIN CONSTANT - 3419 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
ACIDENTE DE MOTO **URGÊNCIA**
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por
GRANDE TRAUMA **DEMANDA ESPONTANEA** **FRANCILENE.SILVA**

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

Dor em pe @

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Paciente com dor em pe @ após acidente automobilístico
Moto x carro

Exame Físico
A. AP sem edema cervical D. ECO 15
B. MV @ expansão bilateral preservada E. escarificações em MSE, abdome, 2
C. sem sangramento ativo M I @

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO

Diploina 1g EV 12:14

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

AV. Brig. Eduardo G. 3308
Novo Planalto - Tel (95) 3123-0823
AUTENTICAÇÃO
17 MAR 2019
Julia
Certifico e soute que a presente
cópia é fiel reprodução original
que foi apresentado neste hospital

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☒ Transferência para: **Ortopedia** 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: francilene.silva
Data Hora: 19/03/2019 12:01:08

24 JUN. 2019



1901086285

Carimbo e Assinatura do Médico
Francilene Silva
CRA 12345

Otopatia - Dr. Dalsoni (à 23)

Paciente vítima de acidente carro moto, operando
do FCC um fôl dorsal de P₁ (D). Radiografia
evidenciando fratura de 2º Metatarso Direito.

CD: Insuficiência gástrica e Anorexia
Distensão
Ao HCM.

GR



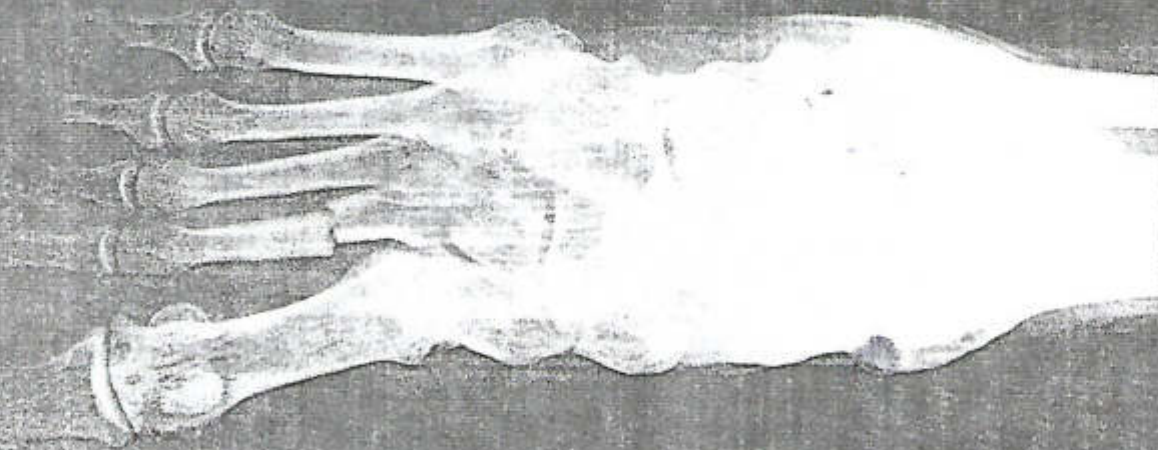
24 JUN. 2019

D



CALITOS GEORGE P. JUNIOR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



19/3/2019 13:00:52

57.5%



GOVERNO DO PARANÁ
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DO PARANÁ
COORDENAÇÃO GERAL DE ATIVIDADES ESPECIALIZADAS
SECRETARIA DO ESTADO DO PARANÁ

NOME: Parlito George V. Junior

RECEBUEIRO

Atestamos por este documento, a existência do
seu registro. Realizado no
comunicado, de acordo com a legislação
da legislação. Atto Ortopedia.

DATA: 11/7/19

Dr. Dailson Pedosa
Coordenador Técnico
Ortopedia
Atendimento e Consulta

CLÍNICA ESPECIALIZADA ORTOPEDIA
Rua Gomes de Mello, 630 - Centro - Curitiba - PR
FONE: 301.150 - 0800 400 150

24 JUN. 2019

24 JUN. 2019

24 JUN. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME ILOIR INACIO DE SOUZA			
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAS 114807 SSP RR		
	CNPJ 383.051.512-04	DATA NASCIMENTO 07/04/1978	
	FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO		
	ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 980151096	PERMISSÃO []	ACC []	
	CAT/HAB AB		
	Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 28/01/2020	1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999
OBSERVAÇÕES			
			
ASSINATURA DO PORTADOR			
PROIBIDO PLASTIFICAR 980151096	LOCAL BOA VISTA - BOFATIMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015	
	92485240616 RR207968020		
	JUSCELINO RIBEIRO PEREIRA DIRETOR PRESIDENTE		
DETRAN - RR (BOFATIMA)			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190394071 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR **Data do acidente:** 19/03/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METATARSO DIREITO. P2 (ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P2 (ANEXO)
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, CONFORME DOCUMENTO MÉDICO (PÁGINA 1), COM DATA DE 17/07/2019, EMITIDA PELO DR. DALSON FEITOSA, CRM No. ILEGÍVEL, INFORMANDO EVOLUÇÃO SEM ALTERAÇÕES ANATOMO FUNCIONAIS E ALTA MÉDICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Carlitos George Petri Junior
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	metalurgico
IDENTIDADE:	0.340868708 SSP-BA
ENDEREÇO:	R. Relva

OUTORGADO

NOME:	Idair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	334804 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Antenor P. Calves 1832

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 19 / 03 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Carlitos George Petri Junior

Ba Vista 26-03-19

LOCAL E DATA



Carlitos George Petri Junior

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

24 JUN. 2019

DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Anísio Teixeira, 4267 - Ass. Brasília - Boa Vista - RR
 Fone: (75) 3627-6125
 E-mail: daniel.aquino@cartorioaquino.com.br

96.163
 Em testemunho da verdade, EOLC
 De que dou fé, Boa Vista-RR, 28 de março de 2019.
 Consulte o(s) tabelião(s) abaixo em: portal.siorr.com.br
 REC/FIR166295KBH44CJBAZQZF61

Yuri Acosta
 Escriba Autorizado

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0212302/19

Número do Sinistro: 3190394071

Vítima: CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR

CPF: 475.232.045-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/03/2019

Titular do CPF: CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/07/2019
Nome: CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR
CPF: 475.232.045-20

CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO