

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, 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



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, 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 médica-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



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, 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:

475.232.045-20

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Carlito George Petri Júnior

Profissão:
metálergo

Endereço:

Rua: Belema

Bairro:
Nova cidade

Cidade:

Boa Vista

E-mail:

INTEGRER@HOTMAIL.COM

Estado:
RR

CPF:

475.232.045-20

Número:

657 casa

CEP:

69.316-254

Tel. (DDD):

(95) 98403-5060

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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: _____

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.

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 contestá-la, 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 Júnior
CPF: 475.232.045-20

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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)

Bairro: São Francisco

Logradouro: Av: Major Willyams

Complemento: em frente ao número 1698

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: Aclitos George Petri

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 0340868708

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 657

Logradouro: Rua Belem

Bairro: Nova Cidade

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO 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.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017328/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento
Prot. 092000925

Carlitos George Petri Junior
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) unico(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."

| |
|-----------------|
| DA: |
| 15 JUN. 2019 |
| AÇÃO DE POLÍCIA |
| CLERIDOR |

24 JUN. 2019

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.

Vigido Ano
corrente
UVIC

| | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|------------------------|---------------|--|---|-----------------|---------------|
| 1901086285 | | 19/03/2019 11:59:49 | FICHA DE ATENDIMENTO | | TRAUMATOLOGIA | | DIURNO 07-19 | 16 |
| Paciente | | | Data Nascimento | Idade | CNS | CPF | Pronúncio | |
| 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 | | | | | ESTAVEL | | Contato | |
| IZAURA MACIEL PETRI | | | | | | CARLITOS GEORGE PETRI | (95) 99117-3460 | Ocupação |
| Endereço | AVENIDA - BENJAMIN CONSTANT - 3419 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR NÃO INFORMADA | | | | | | | |
| 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 Alend. | | Procedência | Temp. | Peso | Pressão |
| ACIDENTE DE MOTO | URGÊNCIA | | | | | | | |
| Setor | Tipo de Chegada | | | | Procedimento Sol. | Registrado por | | |
| GRANDE TRAUMA | DEMANDA ESPONTANEA | | | | | FRANCILENE.SILVA | | |
| Queixa Principal | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | | | | |
| Dor em pe (D) | | | | | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | | | | | GSC | TOTAL | | |
| | | | | | AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 | 55 | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) | Paciente essa refere dor em pe (D) após acidente automobilístico moto x carro | | | | | | | |
| Exame Físico | A VAP sem edema cerebral B MVR expunha facilidade pressionar C sem sangramento ativo | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | D'ECAS C = escoriações em M5C, ombro, e M I (D) | | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares | <input type="checkbox"/> RAIO-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 | | |
| Dipirona 1g EV 12:14 | | | | | 17 MAR 2019 AUTENTICO | 17 MAR 2019 Sobre Certifico que o paciente está presente cópia é feita respeitando o original que foi apresentado neste ato | | |
| Conduta | <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <u>Ortopedia</u> 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 | | | |
| 02/2019 02/2019 - Sistema de Tecnologia de Informação da Saúde MS - RJ - BR | | | | | 1901086285 | | | |

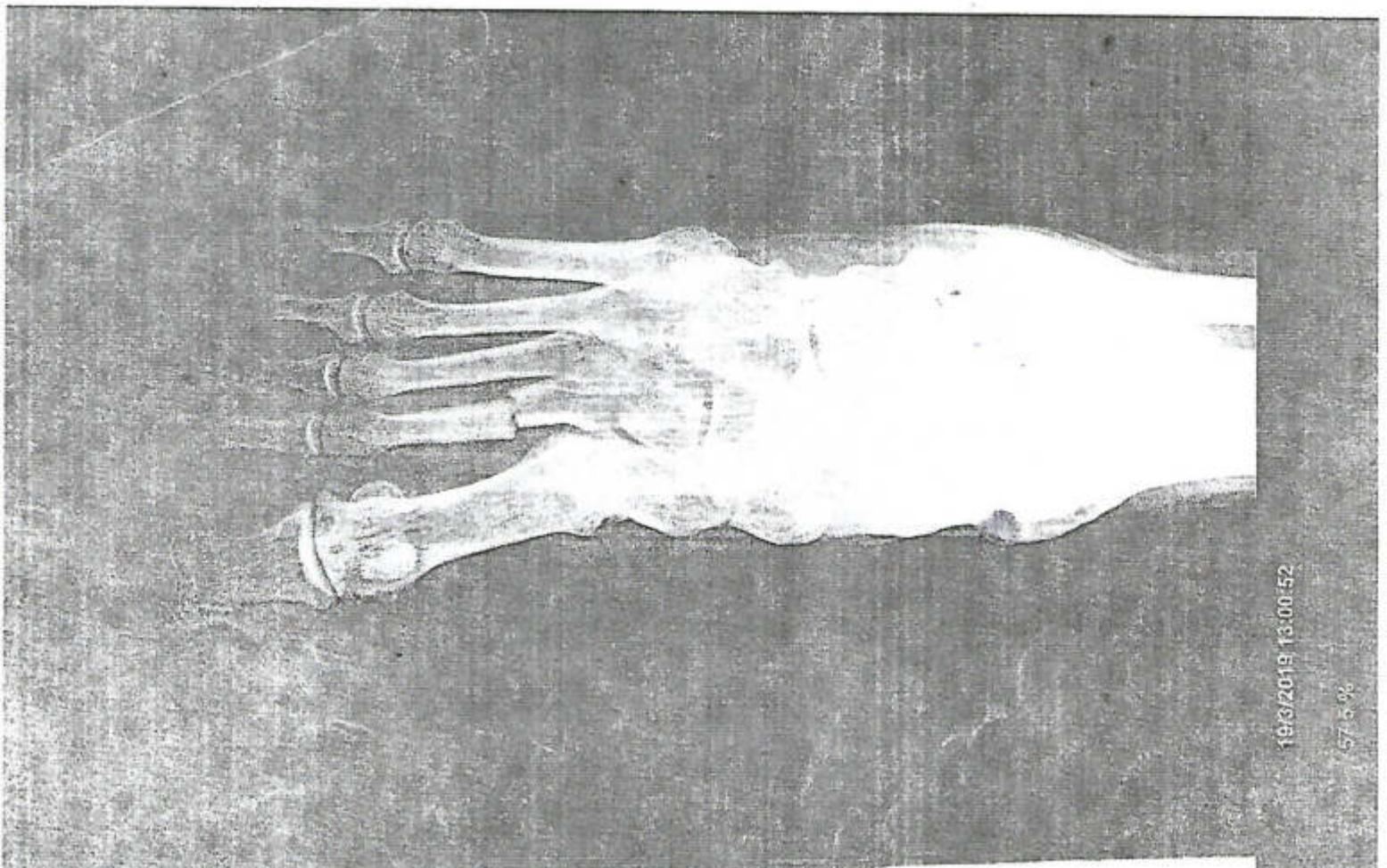
* Utopia - Dr. Dalgorn (à d)

Paciente vítima de edema caujo rijo, operado
dos FCC em sua forma de Pú (1). Radiografia
mostrando fratura da 2º metatarso dianteira.

(1) Insuficiência grande + amputação
metatarseen
do tcm.



24 JUN. 2019



D

CALITOS GEORGE P. JUNIOR,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

19/3/2019 13:00:52

57.5%



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Gómez, 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
conosco informe
este número:

SEU CÓDIGO

0088314-0

Nº da Nota Fiscal: 003014626
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

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

| DADOS DA LEITURA | | kWh | kVArh | ROT: 15.001.23.02.279000 | DATAS DA LEITURA |
|-----------------------------|-------|-----|-------|--------------------------|------------------|
| Atual: | 19689 | | | Atual: | 06/06/2019 |
| Anterior: | 19514 | | | Anterior: | 09/05/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1.000 | | | Próxima Leitura: | 06/07/2019 |
| Consumo Médio: | 175 | | | Emissão: | 05/06/2019 |
| Consumo Faturado: | 175 | | FCAH | Apresentação: | 06/06/2019 |

| NORMAL | | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | |
|-------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------|--------------------|----------------|--|
| Classe/Subclasse | Urgência | Número Medidor | Pasta | Código Fai. | Média 12 meses | |
| RESIDENCIAL | BI | 11FDB064591 | 1521722 | 1.1.1.2 | 249 | |
| HISTÓRICO kWh | | | | DESCRIÇÃO DA CONTA | | |
| Mêsano consumo | | | | | | |
| MAI/19 277 | CONSUMO | 175 | A R\$ 0,773664 = | 135,39 | | |
| ABR/19 301 | CORRELAÇÃO MONETÁRIA MA 04/19-00 | | | 0,10 | | |
| MAR/19 264 | CORRECAO MONETARIA 1G 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 PÚBLICA | | | 27,33 | | |
| SET/18 267 | | | | | | |
| AGO/18 215 | | | | | | |
| SUBTÍLIS TRIBUTO: | | | | | | |
| 0,00 | - 0,654620 | | | | | |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LEGAL - 0800-2019120-E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Participar! Até o dia 05/06/2019, não constatamos faturas vencidas
para a Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 2F8C.EDA1.2A58.31B2.BB09.D24F.7148.CC45

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ | |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição: | 34,39 | Base de Cálculo: | 135,39 |
| Energia: | 72,90 | Aliquota 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 | TOTAL A PAGAR - R\$ |
|-------------------|---------------------|
| 0088314-0 | 171,39 |
| MÊS FATURADO | VENCIMENTO |
| 06/2019 | 11/07/2019 |
| Nº da Nota Fiscal | 003014628 FCAH |

8361000001 4 71390075000 9 00000000088 5 31400619008 1



24 JUN. 2019

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Gómez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3



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 |

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Flávia Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.053.512-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlito George Petri Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.232.045-20, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Carlito George Petri Júnior, 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 | Rua: Antonio Pinheiro Galvão | Número | Complemento |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| <u>Buritis</u> | <u>Boa Vista</u> | <u>RR</u> | <u>69.309.209</u> |
| Email | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) | |
| <u>flairrc@hotmail.com</u> | | | <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.

Vigido Ano
corrente
UVe

| | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|----------------------------------|--|--|---|-----------------|---------------|---------------|
| 1901086285 | | 19/03/2019 11:59:49 | FICHA DE ATENDIMENTO | | TRAUMATOLOGIA | | DIURNO 07-19 | 16 | |
| Paciente | | | Data Nascimento | Idade | CNS | CPF | Pronúncio | | |
| 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 | | | | | ESTAVEL | | Contato | | |
| IZAURA MACIEL PETRI | | | | | | CARLITOS GEORGE PETRI | (95) 99117-3460 | Ocupação | |
| Endereço | AVENIDA - BENJAMIN CONSTANT - 3419 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR | | | | | | | | NÃO INFORMADA |
| 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 Alend. | | Procedência | Temp. | Peso | Pressão | |
| ACIDENTE DE MOTO | URGÊNCIA | | | | | | | | |
| Setor | Tipo de Chegada | | | | Procedimento Sol. | Registrado por | | | |
| GRANDE TRAUMA | DEMANDA ESPONTANEA | | | | | FRANCILENE.SILVA | | | |
| Queixa Principal | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | | | | | |
| Dor em pe (D) | | | | | | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | | | | | GSC | TOTAL | | | |
| | | | | | AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 | 55 | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) | Paciente essa refere dor em pe (D) após acidente automobilístico moto x carro | | | | | | | | |
| Exame Físico | A VAP sem edema cerebral B MVR expunha facilidade pressionar C sem sangramento ativo | | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | D'ECAS C = escoriações em M5C, ombro, e M I (D) | | | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares | <input type="checkbox"/> RAIO-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 | | | |
| Dipirona 1g EV 12:14 | | | | | 17 MAR 2019 AUTENTICO | 17 MAR 2019 Sobre Certifico que o paciente está presente cópia é feita respeitando o original que foi apresentado neste ato | | | |
| Conduta | <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / / / | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revelia | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <u>Ortopedia</u> | | | | | | | | | |
| 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: francilene.silva Data/Hora: 19/03/2019 12:01:08 | | | | | 24 JUN. 2019 | | | | |
| 02/2019 02/2019 - Sistema de Tecnologia de Informação da Saúde MS - RJ - 2019 | | | | | 1901086285 | | | | |

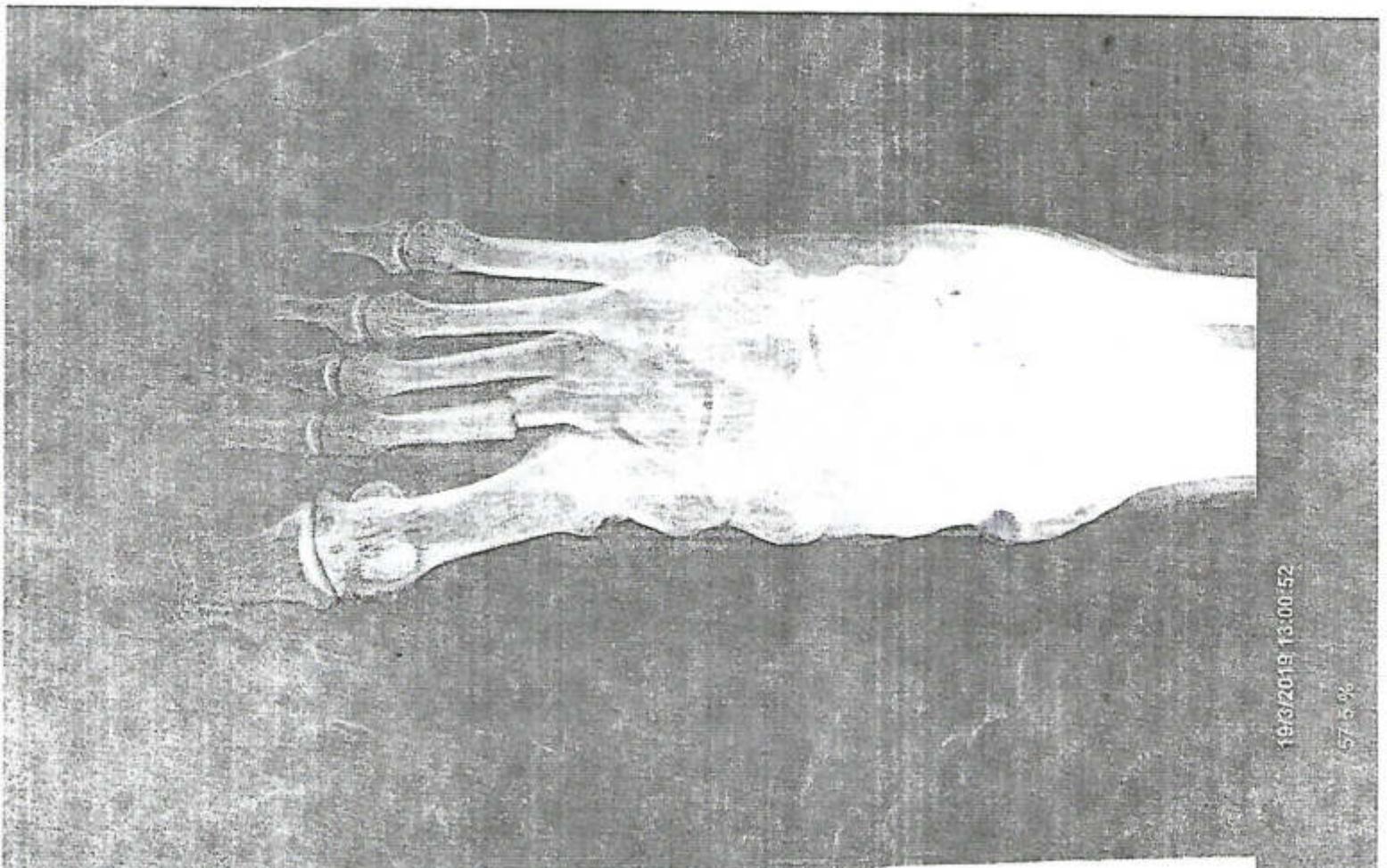
* Utopia - Dr. Dalgorn (à d)

Paciente vítima de edema caujo rijo, operado
dos FCC em sua forma de Pú (1). Radiografia
mostrando fratura da 2º metatarso dianteira.

(1) Insuficiência grande + amputação
metatarseen
do tcm.



24 JUN. 2019



D

CALITOS GEORGE P. JUNIOR,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

19/3/2019 13:00:52

57.5%



GOVERNO DO RORAIMA
AMAZÔNIA E PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Nome:

Militer Gen. H. J. Lima

Assinatura

Grau na pele, fratura do
míscer. Radiografado fraturado
coronário, opte para atendimento
no cordelado. Olho ortodoxo.

11/07/19

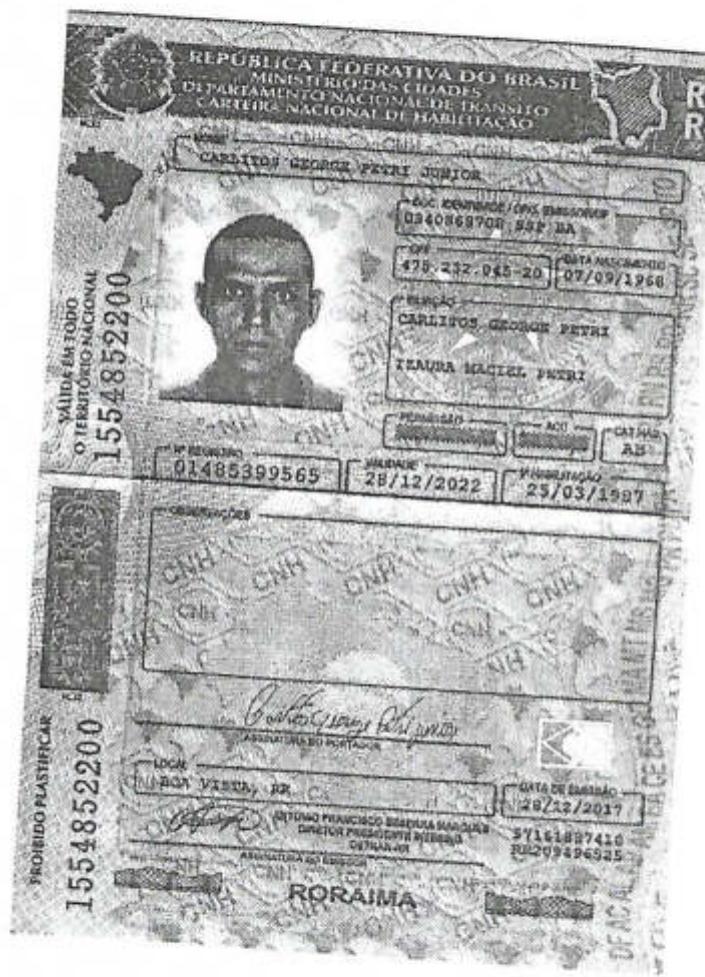
Dr. Dalton Feitosa

Diretor da Unidade
de Saúde

Assinatura e Cachorro

Data: 11/07/19

POLÍCLICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Ilha Grande - RR - CEP 69.030-000
Fone: (65) 3622-1000 - Fax: (65) 3622-1000



24 JUN. 2019

24 JUN. 2019

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

NAME: ELOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE/FOR. EMISSOR/UF: 114907 SSP RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

PLAÇA: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

MIRIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CATAD: AB

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDEZ: 28/01/2020 HABILITAÇÃO: 15/12/1999

DESCRIÇÕES:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA. DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

JUSCELINO MARQUES/PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR: 92485240616
RR207968020

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

Valorização 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: | Carlito George Petri Júnior |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro |
| PROFISSÃO: | Metalúrgico |
| IDENTIDADE: | 0340868708 SSP-BA |
| ENDEREÇO: | R. Belém |

OUTORGADO

| | |
|----------------|---------------------------|
| NOME: | Thain Lira e de Souza |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro |
| PROFISSÃO: | Advogado |
| IDENTIDADE: | 334804 SSP-RR |
| ENDEREÇO: | R. Antônio P. Salves 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 Invalides, vitima: Carlito George Petri Júnior

Baixa Vista 26-03-19

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Cartório do 2º Ofício de Baixa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador de
Ata de Teixeira, nº 4267, Ass. Branca - Baixa Vista,
RJ. Fone: (21) 3627-4135
Sefaz.danieldaq@sefaz.rj.gov.br. www.sefaz.rj.gov.br

96.163



Em testemunha da verdade, EGOL
De que dou fôrça à Baixa Vista/RJ, 26 de março de 2019.
Consulte o(s) sello(s) abaixo em cidades.pontaisleitor.com.br
RECFIR166295KSH44CJ/BAZQZF61 /

Emolumentos P.S. 2,40. Enc. 1. Tabela 2019.

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARLITOS GEORGE PETRI JUNIOR

MANOEL COELHO NETO