
Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3180406040**

Vitima: **LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO**

Data do Acidente: **08/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DENILZE CORREA DANTAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180406040**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO**

Sinistro: **3180406040**

Vítima: **LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO**

Data do Acidente: **08/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DENILZE CORREA DANTAS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180406040** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

E obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

046.190.702-03

Nome completo da vítima

Leilson dos Santos Ribeiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Leilson dos Santos Ribeiro	046.190.702-03	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
R. Francisco Sales Vieira	1002	
Cidade	Estado	CEP
Equatorial	RR	69.317.336
E-mail	Telefone (DDD)	
lelidboanista.pendencia@hotmail.com	(95) 99117-5392	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: _____ DIV: _____ CONTA NRO: _____ DIV: _____

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: _____ Nome: _____ NRO: _____
Madusco 237
AGÊNCIA: _____ DIV: _____ CONTA NRO: _____ DIV: _____
2084 15213 7
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

Boa Vista, 30 de Julho de 2018
Local e Data

Leilson dos Santos Ribeiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 410/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 27/07/2018.

COMUNICANTE: LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO

RG:438505-5 EXP.: SSP/RR CPF: 046.190.702-03

ENDEREÇO: RUA FRANCISCO SALES VIEIRA N° 1622 BAIRRO: EQUATORIAL

CIDADE: BOA VISTA

SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: AUTONOMO NATURALIDADE: PAULO RAMOS ESTADO: MA

DATA DE NASCIMENTO: 30/10/1998 IDADE:19 ANOS

GRAU DE INST: ENSINO MÉDIO COMPLETO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

TELEFONE (095) 99154-9597 N° REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: LEVY MACHADO RIBEIRO

NOME DA MÃE: REJACILDA ALVES DOS SANTOS

Senhor Delegado venho comunicar que aproximadamente às 07:38 do dia, 08/04/2018, NA AVENIDA SOLON RODRIGUES PESSOA, BAIRRO PINTOLÂNDIA, NO MUNICPIO DE BOA VISTA.

O comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que no Dia, hora e LOCAL acima citados, conduzia UMA MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE, MODELO HONDA/CG 160 TITAN, PLACA NAZ-2707, COR AZUL, CHASSI 9C2KC2210JR001988, RENAVAM 01128652177; Quando trafegava na via citada acima quando um veículo de dados desconhecidos pelo comunicante (vítima), invadiu a preferencial do mesmo, ocasionando o acidente. Uma EQUIPE DO SAMU foi acionada e encaminhou o mesmo ao TRAUMA DO HGR; Que devido ao acidente o mesmo teve fratura no MAXILAR E NO FÊMUR. QUE ESTE B.O é para fins de SEGURO DPVAT.

É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

X
Agente de Polícia

X
Comunicante

DAT
Confere com original
Data: 27/07/18
Soni Figueiredo de Carvalho
Agente Administrativo/União
Mat. 0707577

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas é ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que der origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista - Roraima - Brasil

27 JUL. 2018

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

E necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Raílson dos Santos Ribeiro

CPF da Vítima

046.190.702-03

Data do Acidente

08.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

Baia Vista, 30 de julho de 2018
Local e Data

Raílson dos Santos Ribeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: 509

Equipe:

Célio / Geraldo / Tonny

Paciente: Neilton dos Sontos Ribeiro Idade: 19

Sexo: M

Endereço: Rua Salomão Rodrigues Pessoa 1307 Centro/Boa Vista (Via Pública)

Nº 6079

DATA 08/04/18

HORA 09:06:33

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM:

Erico

08/04:06:42

MOTIVO:

 SOCORRO TRANSPORTE ATENDIDO NO LOCAL OUTRO

110:7h

B. Nacilino

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no centro do acidente)

AUTOMÓVEL

Cinto [] SIM [] NÃO
 Vítima [] projetada [] encarcerada
 Air Bag: [] SIM [] NÃO
 Motorista: []
 Passageiro [] dianteiro [] traseiro
 [] Capotamento
 [] Atropelamento
 [] Colisão _____

MOTO:
 Condutor
 Carenagem
 Capacete [] SIM [] NÃO
 queda
 Atropelamento
 Colisão Moto

BICICLETA:
 Condutor
 Carenagem
 queda
 Atropelamento
 Colisão _____

MECANISMO DE TRAUMA:

VIOLENCIA

[] FAB
 PAF

 Espancamento

 Violência Doméstica
 Violência Sexual
 Tentativa de suicídio
 Outro: _____

OUTROS

[] Ad. De Trabalho [] Local [] Trajetos
 Queda, Altura aprox.: _____
 Acidente Doméstica
 Queimadura Agente _____
 Agressão p/ animal _____
 Outros: _____

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas
 Dispnéia
 Bradipnéia
 Taquipnéia
 Respi. Ruidosa
 Obstruída
 Apneia
 Outro: 51A

Ventilação

M.V. Diminuído _____
 M.V. Ausente _____
 Hipertimpanismo
 Maciez
 Fenda Aspirativa
VS/PA

[] Bradicárdico
 Taquicárdico
 Arritmico
 Enchimento capilar acima de 2'
 Ausente
VS/PA

AVDN
 Miose
 Midriase
 Anisocoria
 Otorréia
 Rinorreia
 Aparentemente alcoolizado
 DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/Hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Inicio	06:50	,	73	98				
Fim	07:00	,	74	98				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
[] Corada	[] Contusão				
[] Quente	[] Escoriações				
[] Pálida	[] Lacerção	[] Contusão			
[] Fria	[] Hematoma	[] Escoriações			
[] Úmida	[] Afundamento	[] Lacerações			
[] Seca	[] Fer.	[] Ferimento ocular			
[] Cicatrizica	[] Penetrante		[] Desvio da traqueia		
			[] Enfisema Sub-Cutâneo		
Pélvica	Coluna Dorsal		Membros		
[] Contusão	[] Contusão			[] Fratura	
[] Escoriações	[] Hematoma			[] Amputação	
[] Dor	[] Dor				

AVALIAÇÃO CARDIACA		AFLAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA	
[] Ritmo Sinusal	[] Fibrilação atria	[] Respiratória	[] Digestiva	[] Diabetes	[] Alergias
[] Taquicardia	[] Fibrilação ventricular	[] Neurológica	[] Infeciosa	[] Cardiopatia	[] Outros
[] Bradicardia	[] Assistolia	[] Psiquiátrica	[] Costela	[] HAS	
[] Fibrilar		[] Metabólica	[] Pediatrica		
		[] Cardiovascular	[] Outra		
		[] Aborto			

GRAVIDADE COMPROVADA	LESO	PEQUENA	MÉDIA	GRANDE	OUTRO
		[] MORTE	[] UNDTERMINADA		

CÓDIGO ORIGINAIS SÓ S/

Assinatura e Carimbo Médica (Unidade de Destino)

[] Cancelamento
 Recusa de Atendimento
 Não se encontra no local
 Recusa de hospitalização
 Trote
 Bombeiro no local:

[] Polícia Militar
 Guarda Municipal
 SMTRAN
 Corpo de Bombeiros
 Outros:

MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS

BRAVO IF

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

[] Iniciada as: _____ [] Terminou as: _____
 RCP com sucesso
 RCP sem sucesso
 Obs: _____

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

RECEBIDO

INCIDENTE

RCP

DESTINO

- Atendido no local
- Trauma HGR
- Pronto Atendimento
- Correia Mota

- Cosme e Silva
- HCSA
- Maternidade
- Outros

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 06/07/15
Stéfanie

PERTENCE
DO
PACIENTE

Descrição: R\$ 40,00 + Documentos pessoais / CNH + RG, CPF, Foto, Carteira de vacinação

Nome do Receptor:

Ricardo Junes da Silva

Função do Receptor:

Autônomo

Assinatura do Receptor:

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

A Assinatura do Paciente:

RG:

Apresentava o paciente com lesão moto a moto. Encontra-se paciente com edema cervical, com franzinha rígida, completamente imobilizado dentro da moto e sem traço de. Paciente aparentemente está desalinhado. Olhares fixos. Apresenta fratura em fíbula e 2 múltiplas escoriações em m³ d³ e m⁴ d³. Paciente tem uma laceração em região frontal.

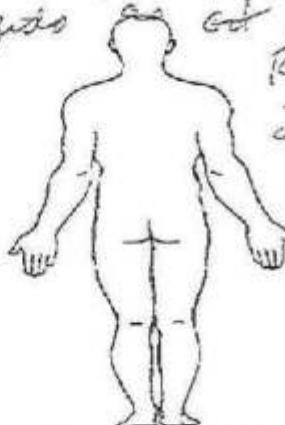
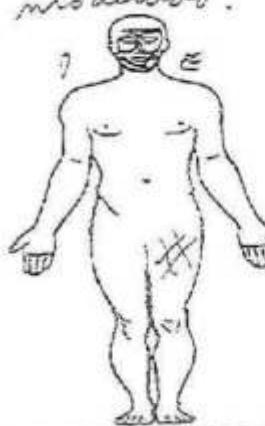
		ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE DO TRAUMA	
		Adulto	Menores de 5 anos	Escala's	
Atividade		Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	10 - 24	4
		Com estímulos auditivos	3	25 - 35	3
		Com estímulos dolorosos	2	≥ 36	2
		Não abre os olhos	1	01 - 09	1
Orientação		Belubula	5	0	0
		Choro intenso	4	> 90	4
Confusão		Choro e dor	3	70 - 89	3
		Gemido e dor	2	50 - 69	2
Melhor Resposta	Vital	Nenhuma	1	01 - 49	1
		Movimentos espontâneos	6	0	0
		Retração ao toque	5	14 a 15	5
		Retração a dor	4	11 a 13	4
Melhor Resposta	Habita	Flexão normal	3	8 a 10	3
		Flexão anormal	2	5 a 7	2
		Extensão a dor	1	3 a 4	1
		Nenhuma	-		

ESCALA DE GLASGOW

13

ESCORE DO TRAUMA

Também apresenta um trauma facial e possivel fractura da mandíbula e (estilo) hematoma periorbitário bilateral com de face e/ edema. Presenta quadro de tbc leve a moderado. Conduzido ao hospital s/ interconsultas. Realizado avp e i.v. 348 em ms(E), R2 500ml IV, Dexanestesia na vena IV e morfina 10mg (5G).



Dr. Célio Wanderley Jr.
MÉDICO
CRM-RR 1580

MATERIAL E MEDICAÇÃO

GESTANTE

IG p/ semana:

Movimentos fetais:

Perda de líquido:

BCF:

[] Com cartão [] Sem cartão

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02084-2

CONTA: 000000015213-7

Nr. Autenticação

BRADESCO26092018050000000002370208400000015213337500 PAGO



Electrobras
Distribuição Roraima

Electrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Gómez, 891 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.541.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 365/13

Para contato com a
Electrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO:

0074994-0

000541426

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

CONTAMÉS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL PAGÁVEL (R\$)
ABRIL/2018	11/05/2018	785	577,82

SOLITA ALVES DOS SANTOS
R. FRANCISCO SALES VIEIRA 1622 EQUATORIAL
CPF: 00073532525372
CEP: 69.317-336 - BOA VISTA

ROT: 30.001.21.09.028100

32479

09/04/2018

DADOS DA LEITURA	Nº DA LEITURA	DATAS DA LEITURA
Atual:	31694	09/04/2018
Anterior:	785	09/05/2018
Constante de Multiplicação:	785	06/04/2018
Consumo Medido:	FCAM	Próxima Leitura: 09/04/2018
Consumo Faturado:		Emissão: 32
		Apresentação:

RESIDENCIAL		Ligaçāo	DADOS DE LIGAÇÃO	CONSUMO	MÉDIA
Classe/Subclasse	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses	
				785 A R\$ 0,558811 = 438,60	
MAP/18	785	CORRECAO MONETARIA 01/18-00			2,65
FEV/18	790	CORRECAO MONETARIA 01/18-00			5,14
JAN/18	790	MULTA POR ATRASO DE I 01/18-00			0,74
DEZ/17	818	JUROS DE MORA POR ATR 01/18-00			0,21
NOV/17	777	MULTA POR ATRASO 01/18-00			10,41
OUT/17	614	PARCELAMENTO DE DEBITOS 6/7			95,11
SET/17	559	JUROS DE MORA DE IMPO 01/18-00			4,31
AGO/17	478	ILUMINACAO PUBLICA			25,11
JUL/17	487				
JUN/17	518				

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1158791

HECTOR JOSE LOBA TON PADRON

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2732 ,

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 196991	MÊS 07/2018	PERÍODO DE CONSUMO 25-JUN-18 a 25-JUL-18
CONSUMO (kWh) 100	VENCIMENTO 11-AUG-18	TOTAL A PAGAR R\$ 81,64

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 196991	MÊS 07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 81,64
-------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836100000006.816400750005.000000000190.699107180050



SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

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 (disponível 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.

N recuso 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.

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

Comitê 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 9.513/98.

Do exposto, eu Denize Corrêa Pautas, inscrito (a) no CPF 792.657.152-00,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Beilson dos Santos Ribeiro, inscrito
no CPF sob o N° 046.190.702-03, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Beilson dos Santos Ribeiro, inscrito (a) no CPF sob o N° 046.190.702-03, 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	Cidade	Número	Complemento
<u>Av. General Maio de Teive</u>	<u>Belo Horizonte</u>	<u>2732</u>	<u>A</u>
<u>Fábrica de Liberdade</u>		<u>Estado</u>	<u>CEP</u>
		<u>MG</u>	<u>69.309.000</u>
		Telefone comércio DDD:	Telefone celular (DDD)
			<u>(31) 99117-5392</u>

Belo Horizonte, 22 de Agosto de 2018
Local e Data

Denize Corrêa Pautas
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

08/04/2018

...: Guia de Atendimento 02 :.. Raquel L. Salazar

Tec. Enfermagem

COREN-RR 001.050.491-TE

NHEIJUE

09.04.18



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

1800933049	08/04/2018 07:38:10	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO	07-19	1
------------	---------------------	----------------------	---------------	--------	-------	---

Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO		30/10/1998	19 A 5 M 9 D		04619070203			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	4385055	SSP-RR	25/09/2015	M	SOLTEIRO(A)	PARD	PAULO RAMOS - MA	BRASILEIRA
Mãe					Paiz		Contato	
REJACILDA ALVES DOS SANTOS					LEVY MACHADO RIBEIRO		(95) 99150-5749	Ocupação
Endereço								
RUA - AFONSO DOS SANTOS PEREIRA - 989 - ALVORADA - BOA VISTA - RR								

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					MARLY
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1 2 0 4 RV: 1 2 0 4 5 MRV: 1 2 3 6 5	9/3

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)
 Paciente queixas de cinto alcoolizado.
 RG: _____
 Exame Físico
 Edema palpável.
 MVA/ R/CA BNF 24h CR

Hipótese Diagnóstica	Bolhas	Orniton	fratim de ferri e
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RÁIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input checked="" type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:		
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
① mambosyope		h	reco no cc
② AW			
③ SF 0,9 v. 100ml nL @			
④ Plas. 110g @			170ml
⑤ Tauxicin 40mg @			
Placo nro 1			
Ortopedias			

Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revenda <input type="checkbox"/> Transferência para:	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Alt 24h) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta:	AUTENTICAÇÃO 20 SET. 2018
---------	--	--	-------------------------------------

Óbito		cópia é feita Reprodução Original:
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Destino: _____ Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico	SABEMI SEGURADORA S/A
---------------------------------------	--------------------------------	-----------------------

Impresso por: marly	Date: 08/04/2018 07:38:46	31 AGO 2018
Printed by: marly	Date: 08/04/2018 07:38:46	1800933049
		RECEBIDO

08/04/18

Facute cultivo; Apresenta fróses
no Abdômen e pequenos escaras
em Região Fetal.
encaminha p/ seu Nível mais
alto da ortopedia.

Doutor Geral
Dr. Bruno Mello Faria
CRM-RR 223

O clube / Drs. Uni

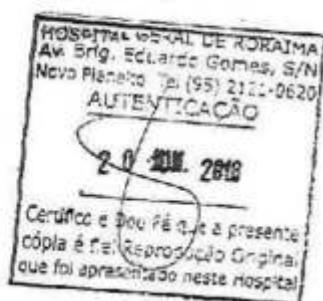
1 S-F 96cloma

1 Depress. 25 cm

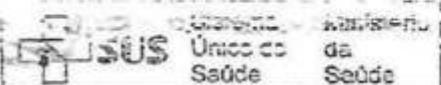
1 CS

1 Ao Clinico

Jesús A Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 566



103-2



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SÓCILANTE

P/S

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

P/S

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Luzelcoi vdo. J. Neto Nibon

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - DATA DE NASCIMENTO

17/10/61 010244111614191334

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/10/98

9 - GÉNERO

m

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Rejaciela Alves vdos Santos

11 - FONE DE CONTATO

915919115151517150

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Almeida vdos Santos Pereira 989 Alverao

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RIR

17 - PRINCIPAIS SÍNOS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Sobre cedente, operário dom.
e devido d'orelha aguda

18 - FAZER O QUE DETERMINAM A INTERNAÇÃO

Internar

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0520
AUTENTICAÇÃO

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

Pr férula agud

20 MAI. 2010

Certifico Dou Fé que a presente
cópia é fidel Reprodução Original

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Férula ferula agud

21 - CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE / SEÇÃO / SETOR / 22 - CÓDIGO DA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TMA-1 - BIOPSIAS TUM

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Clínica

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Unidade

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DOCUMENTO

CONS

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ICNS

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Jen A Lopez Aguiar

31 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO

08109118

23 - N° DO BILHETE

36 - SÉRIE

33 - ACIDENTE NO TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGUROADORA

37 - N° DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - CNPJ DA EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - EMPREGADO

42 - EMPREGADOR

43 - EMPREGADO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - N. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

(CONS)

(ICPF)

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

8/10/10

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

A. h. 0408050098

5723

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

0308010019

T068

V299

ale Th 4

A. h. 0408050098 → 5723

BOLETIR OPERACIONES

Ogólnie

NOME: ELLISON ODI RODRIGUEZ

DIRETORIO: FLATUR FENOM CLOUIN

PROCEDIMENTO: FASES. ELECCIONES NUE

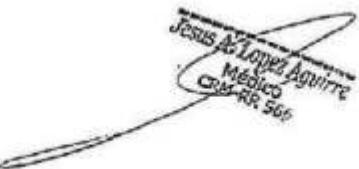
CINUNOR. DR JESÚS

ANISTIA - LOCAL

Relecto

- Pocoento no leito
- Aspirar, centrifugar
- ~ Colección de amniocito local (Gibson)
- ~ 1/3 superior d. plena
- Tratamiento de los (Tener 3:0)
- Proceder a la
- Continuar

?



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	438505-5
DATA DE EXPEDIÇÃO	25/09/2015
NOME LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO	
FILIAÇÃO	LEVY MACHADO RIBEIRO
NATURALIDADE	REJACILDA ALVES DOS SANTOS
PÁTROA	PAULO RAMOS - MA
DOC. ORIGEM	CERTO NASC 36.751 FLS 31 LIV 43-A
CPF	PAULO RAMOS-MA
046.190.702-03	MADEU ROCHA TRIANI
2 VIA	parte representante do Policia Civil Gestor da NIC
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	
P 7	



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3180406040
Nome do(a) Examinado(a):	LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO
Endereço do(a) Examinado(a):	R FRANCISCO SALES VIEIRA 1622 EQUATORIAL
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	046.190.702-03
Data e local do acidente:	08/04/2018-BOA VISTA-RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 20/09/2018

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO, TCE, FRATURA DE MAXILAR BILATERAL

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

OSTEOSSÍTESE DE FÉMUR ESQUERDO COM PLACAS E PARAFUSOS, USO DE AINES, ANALGÉSICOS E ANTIBIÓTICOS EVOLUINDO COM CONSOLIDAÇÃO E SEM SEQUELAS FUNCIONAL

TRATAMENTO DE MAXILAR APENAS PALIATIVO E EVOLUINDO COM SEQUELAS FUNCIONAL

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO PARA ABERTURA DA BOCA, LIMITAÇÃO PARA A MASTIGAÇÃO COMPROMETENDO A DIGESTÃO

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

DEFÍCIT FUNCIONAL CRANIO-FACIAL

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): LESAO CRANIO-FACIAL

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

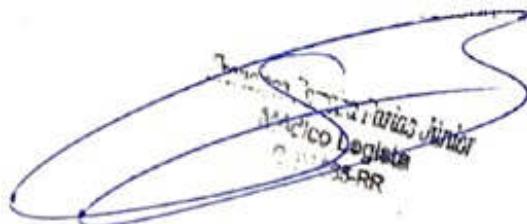
% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE EM ANEXO



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR - Registro no CRM: 365 - RR

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180406040 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEILSON DOS SANTOS RIBEIRO **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO E TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA BILATERAL DE MAXILAR

Descrição do exame APRESENTA DÉFICIT DA ABERTURA BUCAL COM COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO MASTIGATÓRIA.
médico pericial: O EXAME NÃO IDENTIFICOU SEQUELAS NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO E TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA BILATERAL DE MAXILAR, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESE COM FIXAÇÃO POR PLACAS E PARAFUSOS EM FÊMUR E TRATAMENTO CLÍNICO PARA A FRATURA DE MAXILAR, COMPLEMENTANDO COM TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/09/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA EM ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS EM GRAU LEVE.

Médico examinador: FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR

CRM do médico: 365

UF do CRM do médico: RR

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anisio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink that appears to read "Anderson Anisio".

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Belson dos Santos Ribeiro
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Estudante
RG: 436505-5 CPF: 046.190.762-03
Endereço: Rua Francisco Sales Ferreira 1622
Equatorial.

OUTORGADO:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2732 BAIRRO: LIBERDADE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Belson dos Santos Ribeiro

SABEMI SEGURADORA S/A

31 AGO 2018

RECEBIDO

Local e data

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



Daniel Aquino
Sílvia Oliveira de Aquino
Escrivente Autorizada