

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 980131278	NOME FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO	
		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF 148994 SSP RR	
	CPF 606.934.792-72	DATA NASCIMENTO 23/12/1976
	FILIAÇÃO JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO JURACY SOUSA DO NASCIMENTO	
	PERMISSÃO	ACC AB
	CAT. HAB.	AB
	Nº REGISTRO 01101596953	VALIDADE 14/01/2020
	1ª HABILITAÇÃO 17/12/1999	
	OBSERVAÇÕES	
PROIBIDO PLASTIFICAR 980131278	ASSINATURA DO PORTADOR	
	LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 15/01/2015
	10964911290 RR207911720	
	ASSINATURA DO EMISSOR JUSCELINO KUBITSCHEK PEREIRA DIRETOR PRESIDENTE	
DETRAN-RR (RORAIMA)		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200279058 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA **Data do acidente:** 01/01/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ESCÁPULA E DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P1,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219031/20

Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

CPF: 466.467.362-00

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/01/2020

Titular do CPF: FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA : 466.467.362-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/08/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francisco Rodrigues de Sousa, brasileiro(a) est
ado civil solteiro, profissão: Agricultor, portador(a) da
cédula de identidade CIRG nº 193846 e inscrito no CPF/MF nº
466.467.362-00 residente e domiciliado na
Vic. 05 do Rosário, nº _____, Bairro:
Coroa Real, município de _____:
Itacuruba/RR, Tel. _____, E-mail: _____.

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

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

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

Boa vista, 05 de março de 2020.

Francisco Rodrigues de Sousa
OUTORGANTE

Cartório
Nathália Lago

Tabela e Registro: Nathália Lago
Rua Rio Grande do Norte, 71, Centro - 69.310-000, Boa Vista, RR
Fone: (093) 2543-1330 - E-mail: cartorio@nathalia.com.br

RECONHECIMENTO
Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de:
(1) FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA
Dou fé. Mucajai-RR, 05 de março de 2020.
Emolumentos R\$ 2,56 + FUNDEJURR R\$ 0,26 +
FISCALIZAÇÃO R\$ 0,13 + FECOM R\$ 0,13 + ISS R\$ 0,13 +
STALO R\$ 1,50. TOTAL R\$ 4,71.
Fólio Digital de Fiscalização REC/FIR158097182K5MBIK9KVLWMS38
Consulta: cidadão.portalxlorr.com.br

Cartório de Mucajai-RR
Lilian Lima de Sousa
Escriturante Autenticada

10.10.10

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219031/20

Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

CPF: 466.467.362-00

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/01/2020

Titular do CPF: FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA : 466.467.362-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/08/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200279058

Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

Data do Acidente: 01/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

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, contados 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, 23 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200279058

Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

Data do Acidente: 01/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000003993-4

Conta: 000010014923-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 3993 4 CONTA: 14.923 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
Telefone/Fax 95 3542-1333 / 3542-1194 / PRV 542
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MUCAJÁ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de Ocorrência Nº 0068/2020		Data:	22/01/2020		Hora:	15:33			
Nome:	FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA				Alcunha:				
Identidade / RG Nº:	193.846 SSP/RR			CPF:	466.467.32-00				
Endereço:	VICINAL 05 DO ROXINHO			Bairro:	ZONA RURAL				
Ponto de Referência:									
Cidade:	IRACEMA		Estado:	RR		Telefone:	95 99902 2459		
Nacionalidade:	BRASILEIRA		Naturalidade:	CATUNDA		Estado:	CE		
Filiação:	MANOEL LINO DE SOUSA / MARGARIDA RODRIGUES DE SOUSA								
Profissão:	AGRICULTOR			Data de Nascimento:	25/08/1962		Idade:	57 ANOS	
Estado Civil:	UNIÃO ESTÁVEL			Grau de Instrução:	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO				
Cor/Raça:	PARDA		Masc.	<input checked="" type="checkbox"/>		Fem.	<input type="checkbox"/>		
DADOS DA OCORRÊNCIA E DO AUTOR / ACUSADO									
Natureza:	ACIDENTE DE TRAFEGO COM VITIMA LESÃO CORPORAL			Data/hora:	01/01/2020- 02:00HORAS		Código:	1001	
Autor :						Idade:			
CPF/RG:				Filiação:					
Endereço:									
Local da Ocorrência:	VICINAL 05 DO ROXINHO- IRACEMA/ RR								
Senhor Delegado,									
<p>Compareceu nesta Delegacia a pessoa acima qualificada para comunicar; Que no dia 01/01/2020 trafegava pela vicinal 05 do roxinho, momento em que caiu dentro de uma vala no meio da vicinal e caiu com a motocicleta.; Que não conseguiu evitar a queda; Que foi atendido pela equipe de saúde do hospital estadual Vereador Jose Guedes Catão; Que os dados do veículo que o comunicante conduzia são: HONDA/NXR 150 BROS, ANO 2.010/2.010, COR PRETA, PLACA NAS 7449, RENAVAL 00203197151, CHASSI 9C2KD0510AR013363, NO NOME DE WILSON LEAL COSTA; QUE registra esse Boletim de Ocorrência para dar entrada no seguro DPVAT. Era o que tinha a comunicar.</p>									
 Martha Lima Agente de Polícia Civil- Mat. 42000349				 FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA Comunicante					
Despacho () FATO ATÍPICO ARQUIVA-SE () AGUARDA EM CARTÓRIO POR REPRESENTAÇÃO CRIMINAL () INTIME-SE AS PARTES TCO/BOC PELO DELITO _____ PREVISTO NO ART _____ () INTIME-SE O COMUNICANTE PARA DECLARAÇÕES E REP. CRIMINAL. LOCAL _____ DATA ____ / ____ / ____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____				Despacho _____ _____ _____ LOCAL _____ DATA ____ / ____ / ____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____					

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 3993 4 CONTA: 14.923 3

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jorima RR, 20 de Julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03993-4

CONTA: 000010014923-5

Nr. da Autenticação 6BFA7527D22F92CC

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 03.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
regime Especial de Impressão autorizada pela SEPAZ 96/0/13

Nº da Nota Fiscal 5357727

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003. PCAM*

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2020	01/07/2020	276	158,41

FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA
V. 5 DO ROXINHO - RURAL
CEP: 69.348-000 - IRACEMA

CPF: 00046646736200

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 4173	Atual: 15/06/2020	Grupo/Subgrupo: 4.2.2.1
Anterior: 3897	Anterior: 14/05/2020	Classe/Subclasse: RURAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 15/07/2020	Ligação: MONOF
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 10/06/2020	Número Medidor: 1000003557
Consumo medido: 276	Apresentação: 15/06/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 276		Modalidade: CONVENC

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
276 A R\$ 0,573971 =		158,41

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 276 - 0,465500

Média 12 meses: 189

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30/06/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA.

Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
06/2020 152,35

LIGUE 08007019120 E FAÇA O VENCIMENTO 16 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 9F6C.7DES.3DBF.F22E.6CF1.318F.DD5D.1129

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	86,70	Base de Cálculo:	158,41
Distribuição:	37,99	ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	PIS:	0,20%
Encargos:	4,91	COFINS:	0,99%
Tributos:	28,82		

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	FIC	DMIC	DICRI
-----	-----	------	-------

**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: 5566625

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

R. CAPELLA, 882 , LT 402

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1040650	07/2020	12-JUN-20 a 14-JUL-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
580	11-AUG-20	R\$ 1.006,68

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1040650	07/2020	R\$ 1.006,68

836400000102.066800750003.000000001040.065007200051



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Francisca Sousa do Nascimento

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

Francisca Rodrigues de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 466.467.362 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Francisca Rodrigues de Sousa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 466.467.362 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço:	Rua: Capella, LT: 403	Número:	882	Complemento:	
Bairro:	Cidade Satélite	Cidade:	Boa Vista	Estado:	RR
E-mail:	franciscasnascimento@hotmail.com	CEP:	69.317-492	Tel.(DDD):	(95) 99131-1149

Local e Data: Boa Vista - RR, 28 de Julho de 2020.


Assinatura do Declarante

01-01-20



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SAMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
HOSPITAL ESTADUAL VER. JOSÉ GUEDES CATÃO

7/1/20

GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro nº _____ Número da Guia: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

() VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL

Hora: 08:00

Nome: Francisca Rodrigues da Sousa Idade: 57

End.: Roxento vic. 5 Nº _____ Bairro _____ Cidade: Mucá

D.N.: 25108162 Sexo: 19 Naturalidade: _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão: _____

Mãe: _____

Pai: _____

Escolaridade: _____ Raça/Cor: _____

CNS: 705 2084 1950 1478 Telefone: () _____

Estado Civil: _____ Conjunje: _____

PA: <u>120x80</u>	FR: _____	APC: <u>94%</u>	TAX: _____
FC: <u>76</u>	D.B: <u>154mg/dl</u>	TAX: _____	PESO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

84.013.440/0001-73
Hospital Est. Ver. José Guedes Catão
Rua Marlene Araújo S/N
CEP 69.340-000
Mucá - RR

PRESCRIÇÃO DO MÉDICO

Há 06h paciente refere queda de moto (Alcoolizada)
e teve lesão contusa em ombro @. No momento 8/dor.

CD: Rx ombro @.

KONAR

Fratura escápula e clavícula
esquerda.

CONTROLE COM ATENDIMENTO

OBSERVAÇÕES

Responsável pelo paciente (se menor)

CD: do 12/11

Assinado: Francisco
Médico
CRM 2121

Assinado: [Signature]
Médico
CRM 2121

Dipirona 1g (EU) 10.4
Fenoxican 40mg (EU)

Genet de Paula Silva
Portuguesa 133.529-42

Ricardo Gomes
01/01/2021

CONFERE COM ORIGINAL

10/11/2020 14:14:48
10/11/2020 14:14:48
10/11/2020 14:14:48
10/11/2020 14:14:48
10/11/2020 14:14:48

10/11/2020 14:14:48



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.

DIURNO 07-19

12

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

2001204088	01/01/2020 11:34:09	Data Nascimento	25/08/1962	Idade	57 A 4 M 7 D	CNS	705208449501478	CPF	46646736200	Prontuário
Paciente	FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA					Naturalidade	BRASILEIRA			
Sexo	M	Estado Civil	NAO	Raça/Cor	PARDA	Contato				
Mãe	MARGARIDA RODRIGUES DE SOUSA					Ocupação				
Endereço	RUA - ROUXINHO - SN - - MUCAJAI - RR									
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal					
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Procedência	Temp.	Peso	Pressão			
Sector	GRANDE TRAUMA	Procedimento Sol.	TRANSPORTADO POR TER	Registrado por:	DAL					
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue									
Anamnese de Enfermagem						GSC	TOTAL			
						AD 1234 RV: 12345 MRV: 12345 E				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)										
Exame Físico										
Hipótese Diagnóstica										
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	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO ARF 7/7/11 Cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
Condução	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:					<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:				
óbito	Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IWL Anatomia Patológica					VACAO				

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

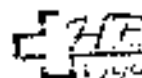
Impresso por: dal
Data Hora: 01/01/2020 11:38:02



2001204088



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"



RECEITUÁRIO

NOME: FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

AO SERVIÇO ORTOPEDIA - HGR

PACIENTE 57 ANOS COM RELATO DE TRAUMATISMO DEVIDO À QUEDA DE MOTO. AO RX APRESENTA FRATURA DE CLAVÍCULA (E) E ESCÁPULA (E). A ORTOPEDIA PARA MELHOR CONDUZIR.

Ótimo!

DATA: 01, 01, 2020

Ricardo Gonçalves
Médico
CRM 2121

ASSINATURA E CARIMBO



HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO
CNPJ: 84013440/0001-73 CNES: 2320886
Rua Marlene Araújo, 312, Centro, CEP: 69.340-000 - Mucambo/RR
Telefone/Fax: Direção - (95) 96404-2890