



# 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

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219031/20

**Vítima:** FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

**CPF:** 466.467.362-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/01/2020

**Titular do CPF:** FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

### 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: *Francisco Rodrigues de Sousa*, brasileiro(a) est  
ado civil *sóltero*, 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  
*Av. 05 do Rosário*, nº *\_\_\_\_\_*, Bairro:  
*Centro Rural*, município *\_\_\_\_\_* de *\_\_\_\_\_*, E-mail:  
*francisco* /RR, Tel. *\_\_\_\_\_*.

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

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

Boa vista, 05 de março de 2020.

*Francisco Rodrigues de Sousa*

OUTORGANTE

**Cartório  
Nathália Lago**

Tabelião e Registradora: Nathália Lago  
Rua Rio Grande do Norte, 73, Centro, 62400-000, Macapá, AP  
Fone: (91) 3142-1330 - Email: [cnlago@bol.com.br](mailto:cnlago@bol.com.br)

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÉNTICA de:  
(1)FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA  
Dou fé. Mucajai-RR, 05 de março de 2020.  
Encargos R\$ 2,56 + FUNDEJURR R\$ 0,20 +  
FISCALIZAÇÃO R\$ 0,13 + FECOM R\$ 0,13 + ISS R\$ 0,13 +  
Selo R\$ 1,50. TOTAL R\$ 4,71.  
Fisco Digital de Fiscalização RECFR1580097182K5MBK9KVLWM38  
Consulta: [cidadao.portaiselurr.com.br](http://cidadao.portaiselurr.com.br)

*Lilian Lima de Souza*  
Escrevente Autorizada



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219031/20

**Vítima:** FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

**CPF:** 466.467.362-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/01/2020

**Titular do CPF:** FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

### 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**466.467.362-002** **Francisco Rodrigues de Souza**

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

5 - Nome completo: **Francisco Rodrigues de Souza** 6 - CPF: **466.467.362-006**  
7 - Profissão: **Recreio** 8 - Endereço: **V. 5 do Recreio** 9 - Número: **510** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **Zona Rural** 12 - Cidade: **Itaembe** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.348-000**  
15 - E-mail: **franciscosouza6@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(95)39136-1149**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO 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)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <b>3993</b> CONTA: <b>14.923 3</b> (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data: <b>Itaembe - RR, 20 de Setembro de 2020.</b> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

**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"/>		
<b>DADOS DA OCORRÊNCIA E DO AUTOR / ACUSADO</b>				
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,

Compareceu nesta Delegacia a pessoa acima qualificada para comunicar; Que no dia 01/01/2.020 trafegava pela vicinal 05 do roixinho, 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, RENAVAM 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.

Martha Lima

Agente de Policia Civil- Mat. 42000349

FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

Comunicante

**Despacho**

**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

/ /

LOCAL

DATA

/ /

ASS. AUTORIDADE POLICIAL

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**466.467.362-002** **Francisco Rodrigues de Souza**

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

5 - Nome completo: <b>Francisco Rodrigues de Souza</b>	6 - CPF: <b>466.467.362-006</b>		
7 - Profissão: <b>Recreio</b>	8 - Endereço: <b>V. 5 do Recreio</b>	9 - Número: <b>510</b>	10 - Complemento: <b>RE</b>
11 - Bairro: <b>Zona Rural</b>	12 - Cidade: <b>Itaembe</b>	13 - Estado: <b>RE</b>	14 - CEP: <b>69.348-000</b>
15 - E-mail: <b>franciscosouza6@hotmail.com</b>	16 - Tel.(DDD): <b>(19) 39136-1149</b>		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3993** CONTA: **14.923 3**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val 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 áqueles 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Itaembe - RE, 20 de Setembro de 2020.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Francisco Rodrigues de Souza**

43 - Assinatura do Procurador (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 Sarcas, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
 CNPJ: 02.341.420/0001-64 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-I  
 Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 360/13

N.º da Nota Fiscal 5357777

 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE FCLAM®  
 pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA PÉS	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:	14/06/2020	Classe/Subclasse:	RURAL
Dias de consumo:	32	Próxima leitura:	15/07/2020	Ligaçao:	MONOF
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	18/06/2020	Número Medidor:	1000003557
Consumo medido:	276	Apresentações:	15/06/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	276			Modalidade:	CONVENC

CONSUMO 276 A R\$ 0,573971 = 158,41

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDAÇÃO	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 276 - 0,465500			
Média 12 meses: 188			

	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\$
05/2020	152,35
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO: 1 6 11 16 21 26	

RESERVADO AO FISCO		9F6C.7DES.3DBF.F22E.6CF1.318F.0050.1129	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	87,78	Base de Cálculo:	ICMS: 17,00% 26,92
Distribuição:	37,93		PIS: 0,20% 0,33
Transmissão:	0,00		COFINS: 0,99% 1,57
Encargos:	4,91	ALIQUOTA	VALOR
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 <b>1040650</b>	MÊS <b>07/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>12-JUN-20 a 14-JUL-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>580</b>	VENCIMENTO <b>11-AUG-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 1.006,68</b>

## 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 <b>1040650</b>	MÊS <b>07/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 1.006,68</b>
--------------------------------	-----------------------	--------------------------------------

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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 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 Invalidiz Permanente da Vítima Francisco Rodrigues de Sousa.

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

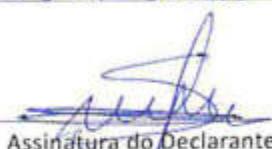
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

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 CEP: 69.317-492
E-mail:	franciscasnascimento@hotmail.com			Tel.(DDD): (95) 99131-1149

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



Assinatura do Declarante



GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
HOSPITAL ESTADUAL VILA AREIA JOSÉ GUEDES CARÃO

E 762  
17/7/2011

## GUIA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA E EMERGÊNCIA

Registro nº \_\_\_\_\_

Número da Guia: \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Hora: 08:00

Nome: Francisco Rodrigues de Souza Idade 57

End.: Ilócentro vila 5 Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: Huca

D.N.: 25108162 Sexo: 19 Naturalidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Raça/Cor: \_\_\_\_\_

CNS: 705 20 84 1950 1428 Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Conjuge: \_\_\_\_\_

PA: <u>120 x 80</u>	FK: _____	APG: <u>94%</u>	TAX: _____
F.C: <u>76</u>	D.O: <u>154mg/dl</u>	TAX: _____	PESO: _____

### ANOTAÇÕES DE UNIFORME

84.013.440/0001-73

Hospital Est. Vila José Guedes Carão

Rua Marlene Araújo S/N

CEP 69.340-000

Mucuri

RR

### PRESCRIÇÃO DO MÉDICO

Há 06h paciente refere queda de moto (Alcoolizado)  
E teve lesão contusa em ombro (E). No momento 3/00R.

CD: Rx ombro (E).  
KOMAN → Fratura Escápula e clavícula  
ESQUERDA.

OBSERVAÇÕES

Responsável pelo paciente (se menor)

M. da L. L. L.

Assinatura do Profissional  
Médico  
Número 321

DR. JOSÉ GUEDES CARÃO

CONFIDENCIAL

Dipirona 5g (EU) 50.00  
FENDOXICAN 40mg (EU) 100.00  
Banco Popular  
Cuenta: 03-323-46  
CONCEPCION

MONDO MONDO

MONDO MONDO  
MONDO MONDO  
MONDO MONDO  
MONDO MONDO

MONDO MONDO



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

1<sup>o</sup> Classificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Vice

FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19 12	
2001204088	01/01/2020 11:34:09	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
Paciente <b>FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA</b>		25/08/1962	57 A 4 M 7 D	705208449501478	46646736200
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor	Data Emissão	Estado Civil	Nacionalidade
IDENTIDADE XXX				M NAO	BRASILEIRA
Mãe				Sexo	
MARGARIDA RODRIGUES DE SOUSA				Raça/Cor	
Endereço				INFORMADO	
RUA - ROUXINHO - SN -- MUCAJAI - RR				NI	
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização
		<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>			Sis Prenatal
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>		<b>URGÊNCIA</b>			Peso
Selor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.	Pressão
<b>GRANDE TRAUMA</b>		<b>TRANSPORTADO POR TER</b>			Registrado por:
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem		<b>GSC</b> AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
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					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">         HOSPITAL GERAL DE RORAIMA          Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N          Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  <b>AUTENTICAÇÃO</b>            ARS 2020       </div> <p>CE NÃO CONFERE QUER A PRESENTE CÓPIA É FEL REPRODUÇÃO OFICIAL QUE FOI APRESENTADA NESTE HOSPITAL</p>					
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Ambulatório	VAGAS		
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)			
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia		<input type="checkbox"/> Internação			
<input type="checkbox"/> Transferência para:		Data e Hora da Saida/Alta: _____			
óbito		<input type="checkbox"/> IM. Anatomia Patológica			
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família			
Assinatura do Paciente ou Responsável					
Carimbo e Assinatura do Médico					
					
Impresso por: dal Data/Hora: 01/01/2020 11:38:02					



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

HF  
1/200

RECEITUÁRIO

NOME: Francisco Rodrigues de Souza

do Serviço Ortopedia - HGR

Paciente 57 anos com relato de fratura devido à queda de moto. Ao RX apresenta fratura de Clavícula (E) e Escápula (E). A ortopedia para melhor convalescência.

Grato!

Ricardo Guedes  
HGR 2121

DATA: 01/01/2020

ASSINATURA E CARIMBO

HF  
1/200

HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO  
CNPJ: 84013440001-77 CNES: 2321086  
Rua Martim de Araújo, 312, Centro, CEP: 69.340-000 - Muçum/RR  
Telefone/Fax: Direção - (95) 98404-2890