
Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200215497

Vítima: CLAUDIANE SOUSA SILVA

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDIANE SOUSA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200215497

Vítima: CLAUDIANE SOUSA SILVA

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDIANE SOUSA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CLAUDIANE SOUSA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000004263-3

Conta: 0000057360-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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: 38322552220 3 - CPF da vítima: 38322552220 4 - Nome completo da vítima: CLAUDIANE SOUSA SILVA

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

5 - Nome completo: CLAUDIANE SOUSA SILVA 6 - CPF: 38322552220
7 - Profissão: AUTÔNOMA 8 - Endereço: R. DOURADO 9 - Número: 52 10 - Complemento:
11 - Bairro: SIA. TEREZA 12 - Cidade: 30A VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69314-134
15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 4263 CONTA: 57.360
(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: ☐ 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 nasoturo (vainascer)? ☐ 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, 30A VISTA, 10/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Claudiane Sousa Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

22/02
579685

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005722/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/02/2020 09:42 Data/Hora Fim: 07/02/2020 09:59
Origem: Data: 07/02/2020
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 30/05/2019 12:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Asa Branca
Logradouro: av SÃO SEBASTIÃO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLAUDIANE SOUSA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 24/08/1974 Idade: 45 anos
Naturalidade: PA - Altamira Profissão: Funcionário Público Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Miramar Sousa da Silva Nome do Pai: Valdir Alves da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 383.225.522-20
RG - Carteira de Identidade: 110067

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Dourado Nº: 52
Bairro: Santa Tereza
Telefone: (95) 99146-7192 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 656.700.432-00	Placa NAQ7474
Renavam 00529297167	Número do Motor JC48E2D048875
Número do Chassi 9C2JC4820DR048875	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005722/2020

Última Atualização Denatran 18/05/2017

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Claudiane Sousa Silva

Possuidor

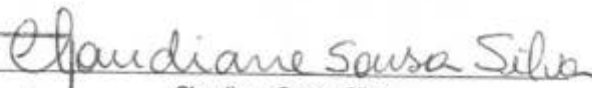
RELATO/HISTÓRICO

QUE ESTAVA TRAFEGANDO PELA AV SÃO SEBASTIÃO QUANDO UM VEÍCULO S-10 COLIDIU COM A MOTO PLACA NAQ7474 QUE CONDUZIA; QUE A CONDUTORA PRESTOU SOCORRO, TENDO LHE DADO TODA ASSISTÊNCIA; QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA AO HGR; QUE LESIONOU O JOELHO; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA A CONDUTORA DO OUTRO VEÍCULO; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS


Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000370
Responsável pelo Atendimento

DAT


Claudiane Sousa Silva
(Comunicante / Vítima)

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

REGISTRO DE POLÍCIA

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: 38322552220 3 - CPF da vítima: 38322552220 4 - Nome completo da vítima: CLAUDIANE SOUSA SILVA

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

5 - Nome completo: CLAUDIANE SOUSA SILVA 6 - CPF: 38322552220
7 - Profissão: AUTÔNOMA 8 - Endereço: R. DOURADO 9 - Número: 52 10 - Complemento:
11 - Bairro: SIA TEREZA 12 - Cidade: 30A VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69314-134
15 - E-mail: LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 4263 CONTA: 57.360
(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: ☐ 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 nasoturo (vainascer)? ☐ 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, 30A VISTA, 10/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Claudiane Sousa Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200215497 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIANE SOUSA SILVA **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO COM ROTURA DO MENISCO LATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P2 / P3 / P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO 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 MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P4

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIANE SOUSA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000057360-4

Nr. da Autenticação B49453C0E0B9A5D1

DEZEMBRO/2019 21/01/2020
CLAUDIANE SOUSA SILVA
R. DOURADO 52 - SANTA TEREZA
CEP: 69.314-134 - BOA VISTA

CONSUMO (KWH) 441
TOTAL A PAGAR (R\$) 440,04
CPF: 00038322552220

DADOS DA LEITURA (KWH)	
Atual:	51399
Anterior:	50999
Dias de consumo:	30
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo medido:	441
Consumo Faturado:	441

DATAS DA LEITURA	
Atual:	26/12/2019
Anterior:	26/11/2019
Próxima leitura:	26/01/2020
Emissão:	24/12/2019
Aprovação:	26/12/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Grupo/Subgrupo:	1.4.1.2
Classe/Subclasse:	RESID. EN. REND.
Utição:	BIPARTIDA
Número Medidor:	2981886
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	N 1521852

CONSUMO

DESCRIÇÃO DA CONTA

SUBVENÇÃO BAIXA RENDA
CORR MONETARIA TCD CIG 3/7
PARCELAMENTO DE DEBITO 3/7
ILUMINACAO PUBLICA

30 A R\$	0,257335 =	7,72
70 A R\$	0,441151 =	30,88
120 A R\$	0,661732 =	79,40
221 A R\$	0,735251 =	162,49
	54,72	

138,53
21,02

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30	- 0,257335
31 A 70	- 0,441151
71 A 120	- 0,661732
121 A 220	- 0,661732
221 A 441	- 0,735251

Média 12 meses: 482

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 24/12/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	152,53	Encargos:	8,64
Distribuição:	66,98	Tributos:	54,52
Transmissão:	9,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo	ALÍQUOTA	VALOR	CFOP
ICMS:	0,30%	0,95	
PIS:	1,42%	3,99	
COFINS:			

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	FIC	DMC	DICRI
Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Limite	0,49	0,49	0,49
Realizado	0,00	0,00	0,00
Conjunta	FLORESTA		

Período de apuração: 10/2019
EUSD: 146,35

ROT: 6.001.13.14.054800



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcez, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual 24.002.022-3

SEU CÓDIGO
0027790-8

TOTAL A PAGAR - R\$
440,04

MÊS FATURADO
12/2019

VENCIMENTO
21/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 4308483

FCM*

83660000004 3 40040075000 8 00000000027 3 79081219008 6



SEQ.: 0191 UC: 0027790-8 DT. LEIT.: 26/12/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 51350 NORMAL TOTAL: 440,04 CARGA: 020
DT. VENC.: 21/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4201

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 pela concessão e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº **294.316.382-15**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **CLAUDIANE SOUSA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o nº **383.225.522-20** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **CLAUDIANE SOUSA SILVA** inscrito (a) no CPF sob nº **383.225.522-20**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

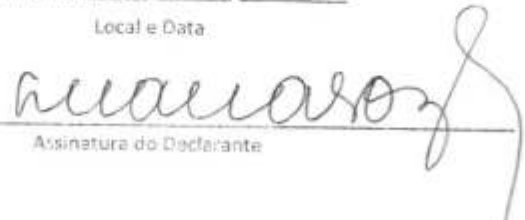
☒ Recuso informar

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

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

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÁ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 10/02/20
Local e Data


Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
☐ Vermelho	☐ Vermelho	☐ Vermelho	☐ Vermelho
☐ Laranja	☐ Laranja	☐ Laranja	☐ Laranja
☐ Amarelo	☐ Amarelo	☐ Amarelo	☐ Amarelo
☐ Verde	☐ Verde	☐ Verde	☐ Verde
☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.

1901116800 30/05/2019 13:11:59 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 18

Paciente: CLAUDIANE SOUSA SILVA Data Nascimento: 24/08/1974 Idade: 44 A 9 M 6 D CNS: 801434324684168 CPF: 38322552220 Prontuário

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: F Sexo: F Estado Civil: PARD A Raça/Cor: ALTAMIRA - PA Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: MIRAMAR SOUSA DA SILVA Pai: VALDIR ALVES DA SILVA Contato: (95) 99146-7192 Ocupação: DO LAR

Endereço: RUA - DOURADO - 52 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Pressão

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp. Peso

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: ANTONIA.SOARES

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febil ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____h)

Exame Físico

A: Paciente consciente, eupneica, saturação de oxigênio 98%, FC: 90, FR: 20, pulso cheio. AC: RCR 2T, BAF, Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreflexas por em norma. com dificuldade de mobilização e com contusões em antebraço.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1. Dilatação + sutura de lesões + curativos

2. GG 5% 500ml EV agora

3. Condicionamento físico EV - 16.00

4. Físio 10 min EV

Edineia Silva Fagundes
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 879.280

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: ORTO P501A

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

☐ IML Anatomia Patológica

Destino: RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 30/05/2019 13:12:44

05. FEV 2020
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital



1901116800

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CLINICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

Paciente: Claudiane Sousa Silva.
Idade: 45 anos.
Medico: Dr. Max.

Dn: 24/08/1974.
Sexo: F
Data: 01/11/2019.

ULTRASSONOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Presença de derrame articular leve/moderado associado a espessamento sinovial.
Tendão patelar espessado, com alteração ecotextural, sem evidências de rotura.
Ligamento colateral tibial e ligamento colateral fibular com ecotextura e espessura preservadas e contornos normais.
Tendões do quadriceps femoral e do biceps femoral com ecotextura e espessura preservadas e contornos normais.
Observa-se perda da arquitetura triangular ecogénica habitual do corno anterior do menisco lateral, com hipoeogenicidade textural e área de descontinuidade na base.

Fossa poplíteia livre.

CONCLUSÃO:

Tendinopatia do patelar.
Rotura de menisco lateral.
Restante do exame sem anormalidades detectáveis pelo método.


Dr. Rafael Carapaia
CRM-RR 505

E



67,5 %



62,6 %

04/11/2019

CLAUDIANE SOUSA SILVA

12650

HOSPITAL CORONEL MOTA

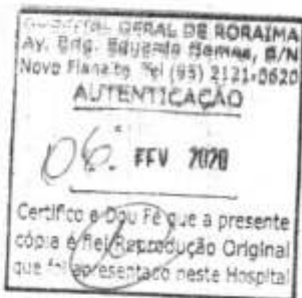
04/11/2019

Fabiola Castro

A Ortopedia Dr Pedro
ponte vítima de acidente com motorista
abaixo no solo de ferro com punção pégo
e imobilizado em AIE.

No Exame: Lesão contuse de grau 3 em
em tegumento de ulnário E Lesão contusa
em pégo E sem sangramento ativo
No Rx: Sem sinais de fratura
CD: Ao GT para Sutura.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1864



1500.



GOVERNO DO AMAPÁ
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Eduardo Medeiros

RECEITUÁRIO

Paciente, Claudemir Soares Silva, vítima de
Acidente de moto (30/05/2019) e trauma disto
no MLE e Ferimento penetrante no perim (E)
que inclui o membro local - FCC (deambon (E) CI
nubos - Anterior (Lb (E) e sobre / etc. Trat. Compress
Hidromassagem e querc de dor e sintoma do mo-
crist / Lb (E)
ocorr. motobola multidimensional e
Lb (E)

Intervendo com Lb
Guedes / etc. com (E)
Mec. Cerebral / etc. com Lb (E) / LCP - LCP /
Paciente imobilizado de decubito e etc.
CI / etc. / etc. com Lb (E).

DATA

21/01/2020

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinho, 536 - Centro - Boa Vista - AP
CEP: 69.201-150 - CNPJ: 04.013.406/0001-20

Dr. Eduardo de C. Guerra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AP 589



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL SC.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

CCC ORIGEM CC:3766 F.260 L.B-12 BOA-VISTA-RR.

CPF 194316382 - 15

Raniero Francisco da Silva Junior

ASSINATURA DO DIRETOR

Lei N° 7.115 DE 29-08-83

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVATPara 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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200094023
Nome do beneficiário: CLAUDIANE SOUSA SILVA
Nome do solicitante: CLAUDIANE SOUSA SILVA
Data da solicitação: 10/06/2020
CPF do beneficiário: 38322552220
CPF do solicitante: 38322552220

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 991467192 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail: -

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☐ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:
☒ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Lesão tendinopatia do patelar, Rotura de menisco lateral (Kruel) minha perna está seca sinto muitos dores, mal consigo andar, minha perna está cada dia ficando flácida. Estou perdido, uma solicitação de pericia. Devido as dificuldades que eu me encontro não estou conseguindo trabalhar e fazer minhas tarefas de trabalho, eu não consigo mais levantar com ajuda de pessoas.

BOA VISTA, 10/06/2020.
Local e Data
* Claudiane Sousa Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167072/20

Vítima: CLAUDIANE SOUSA SILVA

CPF: 383.225.522-20

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 30/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLAUDIANE SOUSA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

CLAUDIANE SOUSA SILVA : 383.225.522-20

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: 16/06/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: CLAUDIANE SOUSA SILVA

Identidade: 110.067 SSP/ RR

Nacionalidade: BRASILEIRA

Profissão: AUTÔNOMA

Endereço: R. DOURADO, 52 - SANTA TEREZA

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Identidade : 80.232 SSP/RR

Nacionalidade: BRASILEIRA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ / CEP: 69.313-572

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 as SEGURADORAS que constituem O CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Boa Vista-RR, 14 de JANEIRO de 2020



Claudiane Sousa Silva

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



C. C. Esbell Briglio
Escritor Autorizada
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167072/20

Vítima: CLAUDIANE SOUSA SILVA

Data do acidente: 30/05/2019

CPF: 383.225.522-20

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLAUDIANE SOUSA SILVA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

CLAUDIANE SOUSA SILVA : 383.225.522-20

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: 16/06/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO