
Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200042291

Vítima: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200042291

Vítima: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 15/09/2019, emitido pelo Dr. RODRIGO F. RIBEIRO CRM nº 1375 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - R no sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

582.264.602-63

4 - Nome completo da vítima:

Inambergue da Silva Rodrigues

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

5 - Nome completo:

Inambergue da Silva Rodrigues

6 - CPF:

582.264.602-63

7 - Profissão:

Serviço público

8 - Endereço:

Rua Senhora Ceacica

9 - Número:

145

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Aeroporto

12 - Cidade:

Barra Vista

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

69.310-053

15 - E-mail:

lidarbarra.vista.pendencia@hotmail.com

16 - 1ª (DDI):

(05) 99117-5892

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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUQUANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 053

CONTA: 14322

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atenda 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 do Segurado LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

28 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no civil)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Viuva

29 - Data de

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 viveu?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascimento (vivo/nascido)?

☐

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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, exceto do dente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - 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:

Barra Vista - RJ 24 de Janeiro 2020

Inambergue da Silva Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041041/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/11/2019 12:17

Data/Hora Fim: 21/11/2019 12:33

Delegado de Polícia: Debora Alves Montefiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 15/09/2019 06:39

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA DECO FONTELES

Bairro: Caraná

Nº: 585

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Mais(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Altamira

Sexo: Masculino

Nasc: 11/10/1977

Profissão: Técnico em Enfermagem

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: BENEDITA MACIEL DA SILVA

Nome do Pai: JOSE RODRIGUES

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 582.264.602-63

RG - Carteira de Identidade: 149298

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R SENHORA CECILIA

Complemento: CASA

Bairro: AEROPORTO

Nº: 145

CEP: 69.310-053

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 582.264.602-63

Renavam 01070390752

Número do Chassi 9C2KC2200GR105898

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 07/03/2019

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NUK4508

Número do Motor KC22E0G105898

Ano/Modelo Fabricação 2016/2015

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

Envolvimentos

Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Montefiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 25/11/2019 10:43
Protocolo nº: Não disponível



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

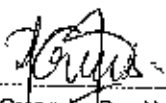
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041041/2019

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL DESCRITO ACIMA, CONDUZIA A MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, PELA RUA DECO FONTELES SENTIDO > AV. CARLOS PEREIRA DE MELO, QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE INVADIU A SUA MÃO, BATEU EM UM BURACO NA PISTA, PERDEU O CONTROLE E CAIU. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL PELO SAMU. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO A TÍBIA DA PERNA DIREITA. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

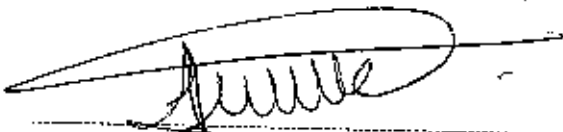
ASSINATURAS


Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia

Matrícula 042000166

Responsável pelo Atendimento


IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins do direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - R no sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

582.264.602-63

4 - Nome completo da vítima:

Inambergue da Silva Rodrigues

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

5 - Nome completo:

Inambergue da Silva Rodrigues

6 - CPF:

582.264.602-63

7 - Profissão:

Serviço público

8 - Endereço:

Rua Senhora Ceacica

9 - Número:

145

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Aeroporto

12 - Cidade:

Barra Vista

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

69.310-053

15 - E-mail:

lidarbarra.vista.pendencia@hotmail.com

16 - 1ª (DDI):

(05) 99117-5892

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

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUQUANÇA (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: 053

CONTA: 14322

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 do Segurado LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

28 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

29 - Data de nascimento 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 viveu? ☐ Sim ☒ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐

30 - Vítima deixou nascituro (vêmase)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, e que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - 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:

Barra Vista - RJ 24 de Janeiro de 2020

Inambergue da Silva Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do representante legal (se houver)



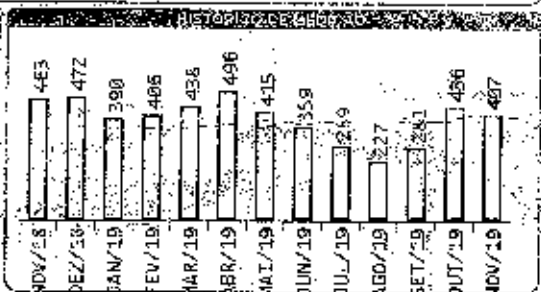
3992567

A Tarifa Social da Energia Elétrica – TSEE foi criada pelo Lei nº 20.456 de 26 de abril de 2002. LC 513

DADOS DA LEITURA (KW/h)		DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	28064	Atual:	88/03/2015	Grupo/Subgrupo:	1/1/1/2
Anterior:	28044	Anterior:	10/03/2015	Grupo/Subgrupo:	437016641AL
Dias de consumo:	29	Próxima leitura:	04/04/2015	Categoria:	3728104
Constante de Multiplicação:	1.000	Endereço:	07-11-2219	Nome do Medidor:	140808647
Consumo médio:	406	Representação:	08/03/2015	Forma de Alimentação:	6094L
Consumo Potencial:	487			Modelo do:	0125686

DESCRICOES		SECRETARIA
CONSUMO	407 A R\$ 0,779344 =	317,19
ILUMINACAO PUBLICA		25,23

TARIFA B.M. TRIENIOS:
C. P. 400 - 1.600.000



**MENSAGENS
IMPORTANTES**

REAVISO DE VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE CG: 0042010 ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A CARTA RURAL DISC. 10% 30%, TARIFA DE EXCERÇÃO DE RESCISÃO MÍNIMO -2,12% NEGATIVOS - RESCISÃO ANUAL 4, 2.634 DE R\$19.731,9. LIGUE 0800713123 E FAÇA SEUS USUÁRIOS 16 H ÀS 15 H 30.

RESERVED AO NSC0

COMPOSIÇÃO DA COTA - R\$		INÍCIO DE CONTRIBUIÇÃO - R\$	
Despesa:	Engenharia	Base do Cálculo:	ICMS:
171.81	Tributos: 5.88	RIS:	19.388 08.92
Transmissão: 75.58	66.66	COFINS:	8.378 1.24

INDICADORES DE CONTINUIDAD

	FC			FE			DMC	DGR
milis	9,24	15,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
decimila	0,00			0,00			0,00	

**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: 4295757

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748 , 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1020749	12/2019	25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
522	13-JAN-20	R\$ 460,58

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
1020749	12/2019	R\$ 460,58

836800000041.605800750008.000000001024.074912190050



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 61 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/DOCORIGINALASPM?TIPO=1&CODIGO=28836>

A Circular SUSEP 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. Esse 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.

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 Denilze Corrêa Dantas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 772.657.152, 00

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Grambergue da Silva Rodrigues

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 582.264.602, 63

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima Grambergue da Silva Rodrigues

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 582.264.602, 63

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: Av. General Ataíde - Juvé

Número: 2798

Complemento: 02

Cidade: Bom Retiro

Cidade: Bom Retiro

Estado: PE

CEP: 69.309.000

E-mail: liderboavista.pendencia@hoi-mail.com

Tel (DDD): (95) 99117-5392

Local e Data: Bom Retiro - PE 10 de Janeiro 2020

Denilze Corrêa Dantas

Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

1373

01-15

EQUIPE SAMU BV
BRAVO III

EQUIPE:

Sec: Samuel
cond: Lival

Paciente: IRAMBERQUE DA SILVA RODRIGUES

Idade: 42

Sexo: M

Nacionalidade: Brasileiro

Raca: Branca ☒ Negra ☒ Parda ☒ Amarela ☐ Indígena-Etnia

Endereço: Rua Deo Fonteles

Bairro: Caranã

Nº 15825

DATA 15/09/2019

HORA J/9: 06:39

BASE () VIA 42

☒ RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dr. Luiz

HORA J/10: 06:47

() CELULAR

MOTIVO:

Quebra de moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒

1 a 3 horas ()

4 a 24 horas ()

Mais de 24 horas ()

Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA (destacar)

- ☒ Acidente de trânsito
☐ Agressão física / espancamento
☐ Agressão física - FAF
☐ Agressão física - FAB

- ☐ Urgência psiquiátrica
☐ Tentativa de suicídio
☐ Envenenamento
☐ Afogamento

- ☐ Queimadura
☐ Choque elétrico
☒ Queda
☐ Urgência clínica

- ☐ Urgência obstétrica
☐ Transferência
☐ Exame complementar
☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VITIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☒ Pedestre ☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado	☐ A pé ☐ Automóvel ☒ Motocicleta ☐ Bicicleta	☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus ☐ Outro ☐ Automóvel ☐ Motocicleta ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus	☒ Capacete <i>sem</i> ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança

ANÁLISE DE VIDA

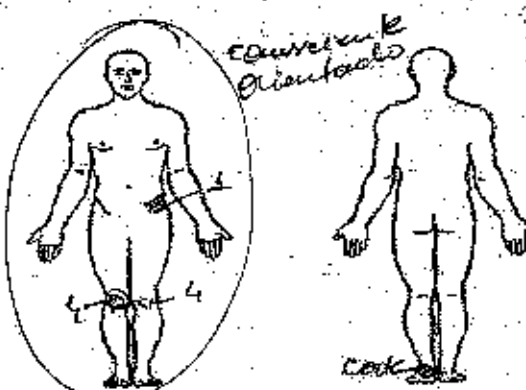
VIAS AERÉAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outros	☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradipnéia ☐ Taquipnéia	☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☒ Extremidade	☐ Miotose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ D ☐ E ☒ Aparecimento Alcoquizado ☐ Agitação psicomotora

ANÁLISE DE VIDA

Nota	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. Visual "DOR"	Glasgow
Início 7:00	120 x 80	103		93		242		15
Fim 07:04		102		97				

ANÁLISE DE VIDA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afastamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros	4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta	5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras Inapropriadas 2 - Palavras Incompreensíveis 1 - Sem resposta	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta

causado por
objetos

corte

ANÁLISE CARDÍACA	ANÁLISE RESPIRATÓRIA	ANÁLISE METABÓLICA
☒ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia Sinusal ☐ Fibr. Atrial	☐ FV ☐ TV ☐ AESP	☐ Neurológica ☐ Respiratória ☐ Cardiovascular

ANÁLISE RENAL	ANÁLISE HEMATOLÓGICA
☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS	☐ Alergia ☐ Outros

Medicação de uso

negativo

NADA

dentro do posto de posto de socorro carolina betan ver-

Função do Receptor: melha, o caparete + chave ficou dentro da base

Assinatura do Receptor: _____

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

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

Idade Gestacional: _____ ☐ Movimentos fetais presentes ☐ Partos totais na vulva

Partes de líquido: _____ ☐ Contrações entre 3-5 min. ☐ Com cartão de gestante

BCF: _____ ☐ Contrações com duração > 30s ☐ Sem cartão de gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Aspiração ☐ Máscara laríngea ☒ Monitorização cardíaca ☐ Imobilização de fraturas

☐ Cânula de Guegel ☐ Gula de introdução Bougie ☐ Colar cervical ☐ Curativos

☐ Cateter nasal: _____ L/min ☐ Cricotomomia cirúrgica ☐ Headblock ☐ Parte vaginal

☐ Máscara facial: _____ L/min ☒ Oximetria ☐ Prancha longa ☐ Cesárea de emergência

☐ Bolsa-valva-máscara: _____ L/min ☐ Direção do tórax ☐ Tirasas ☐ Imobilização de luxação

☐ Intubação orotraqueal ☐ Descompressão torácica ☐ KED ☐ Outros: _____

☒ Acesso venoso Galco nº 18 ☐ Acesso venoso Scalp nº _____ ☐ Acesso intracaseo

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FARMACO	DOSE	VIA	HORA	FARMACO	DOSE	VIA	HORA
RL	500	BY	06:30				
Equipol	01						
Espanadrapo							
Algodão							

Lucas M. 01

Lucas de mil M. 01

Marcos Jose 02

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Às 06:39 a equipe foi acionada para atender uma ocorrência de acidente traumático. (Queda de moto) no local encontramos a vítima em decúbito dorsal ao solo, ao cuidados do socorrista condutor vitalina + populares, consciente, orientado, aparentemente estabilizado, feito mobilização da cervical, sinais vitais com alterações na glicemia 242, -comunicado ao médico regulador do quadro clínico da vítima, o mesmo tomou conhecimento e autorizou realizar punção periférica com hidratação e RL 500ml e encaminhá-la para trauma/HOK.

Taciana da Silva Pereira
Técnica em Radiologia
CRM/RP 00037-913

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 14/11/15
Taciana
Rubrica



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSPE
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.

Verificar

1901161897

15/09/2019 08:05:11

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

Paciente: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES Data Nascimento: 11/10/1977 Idade: 41 A 11 M 4 D CNS: CPF: Proibição:

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/PA Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: PARD Naturalidade: Nacionalidade: BRASILEIRA

IDENTIDADE: 149298 Mãe: BENEDITA MACIEL DA SILVA Pai: JOSE RODRIGUES Contato: (95) 99113-1597

Endereço: RUA SENHORA CECILIA - 145 - - - Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sís. Prioritário:

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

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: TRANSPORTADO POR TER Procedimento Sol.: Registrado por: DAL

Queixa Principal: Quedente de moto ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC: TOTAL: 14

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h) Paciente vítima de acidente de moto trazido pelo SAMU, estabilizado, recusando cirurgia, dor em coto e em tórax, às 7h30.

Exame Físico: A: vis. aéreas, pênulas, expiratórias, com color. cervical. B: m.v.u.a. bilobul. C: m.p.p. (C3-5), sem sinais de choque, com AVD em m.s.e. D: ECG: 14, *estabilizado E: auscultações em m. e em região de colônias, cervicalgia à palpacao.

Hipótese Diagnóstica: Trauma. Refere sangria à dipirona e nimesulida.

SADT - Exames Complementares: RAIO-X ☒ ULTRA-SON ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO: 1 Solicito raio x de tórax, coluna cervical e coto 2 Dexametasona 10mg 3 Solicito TC de coluna cervical 4 Realizada sutura em colônias 5 Vains antitétanos 0,5ml 1m

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☒ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: Coloproctologia

óbito: Antas do 1º Atendimento? ☐ Sim ☒ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: dal Data Hora: 15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

15/09/2019 08:06:20

Paciente portador de trauma
torácico. A Oxi-
metria está por
em M.D. Sem oxigênio
a 4 em M.D.

no monitor sem comut
oximétrica de unidade e ou
eventuais.

Retornar ao trauma

Dr. Marcus Brenner
CRM 12.347

C. Geral trans

Pet apresentando agitação no setor, desferindo
palavra de baixo calor, discutido a par que
isto no setor. Pet apresenta sinais de estar alcoolizado.
Orientado a respeito do setor e que todas as
condutas sejam feitas e este aguardando natural p/ sinais.
Informado também que pode ir e vir, não sendo
necessário permanência no local, mas a recomendação
médica é para que o mesmo permaneça no
setor sob observação médica.

6-7

Dr. Rodrigo F. Ribeiro
Cirurgia Geral
CRM 12.347

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Am. Eduardo Gomes, 571 Fone: 310111 - 310112
04 NOV. 2019
Shirley
Coordenadora de Registro Cópia e Colar Original Cópia e Colar Original

SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Paciente : IRZAMBERQUE DA SILVA RODRIGUES
Médico :
Convênio : PARTICULAR

Registro : 013372
Idade : 41A e 11M
Data : 07/10/2019

ULTRASSOM - DIVERSOS

EQUIPAMENTO :

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico linear, na frequência de 8,50 Mhz por rastreamento ecográfico.

ULTRASSOGRAFIA DE PARTES MOLES

Visualiza-se imagem de anecóica, alongada de bordas regular, medindo aproximadamente 5,1 x 0,6 x 3,6 cm de diâmetro, com conteúdo hiperecótico (imagem de coleção purulenta focal). (Abscesso Post-traumático). Localizado na região inferior de joelho direito.

H D : Imagem sugestiva de Abscesso Pos Traumático no Joelho Direito.

Dr. Jorge Luis Viltre Estevez
CRM 136.888

JORGE LUIS VILTRE ESTEVEZ
CRM 136.888

DIRETO



IRABERQUE DA SILVA RODRIGUES

21 JUN 2015 04:50:20

POLICLINICA COSME E SILVA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO	
VALIDA EM TODOS O TERRITORIO NACIONAL 1090460966	
	NOME: JOSE ROBERTO DE SOUZA NOME DE FAMILIA: ROBERTO DE SOUZA DATA DE NASCIMENTO: 05/02/1944 LOCAL DE NASCIMENTO: RIO DE JANEIRO NOME DO PAI: JOSE ROBERTO DE SOUZA NOME DA MAE: MARIA DO CARMO DE SOUZA ENDEREÇO: RUA... Nº... CIDADE: RIO DE JANEIRO ESTADO: RJ CEP: 20000-000 DATA DE EMISSAO: 05/11/2020 DATA DE VALIDADE: 05/11/2030
1090460966 1090460966	(Empty space for stamp or signature)
	(Empty space for stamp or signature)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CAIXA NACIONAL DE HABITACAO

DRR

NOME
DENILZE CORREA DANTAS



DOC. IDENTIDADE / ORN. EMBOCAD
3142653 SSP RR

CPF 792.659.152-00 DATA NASCIMENTO 08/03/1979

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LORATO DA
SILVA

PERMISSÃO ACC CREFAB

REGISTRO VALIDEZ HABITACAO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
11/09/2019

100 FORTES BRASILE
DIRETOR PRESIDENTE
DETBAH/RR
ASSINATURA DO EMISOR

03912250616
BR210269685

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1919590155

PROIBIDO PLASTIFICAR
1919590155

CONTRIBUTORS

[illegible]

Se tutte obbligando il F.A.O. a scendere dai suoi posti, il
Comitato, senza specificare l'urgenza, non si affrettava
a presentargli la sua proposta di legge.

5546 DP/AT 0000 022 1200

SEGURADORA LIDER - DPVAT

QMP 309.248.000.000.000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200042291 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Iramberque da Silva Rodrigues
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: serv. público RG: 449.298 CPF: 582.264.602-63
ENDEREÇO: Rua Tenente Cecílio 145 Aeroporto

VITIMA: Shamberque da Silva Rodrigues
CPF: 582.264.602-63 DATA DO ACIDENTE: 15 / 09 / 19
NATUREZA: () DAMS () INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS

Nacionalidade: BRASILEIRA **Est. Civil:** CASADA.

Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00

Endereço: AV GENERAL ATAÍDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 26 de NOVEMBRO de 2019

X incompleto do Srto. Rodriguez
Assinatura

Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035640/20

Vítima: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

CPF: 582.264.602-63

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 15/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES : 582.264.602-63

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: 24/01/2020
Nome: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES
CPF: 582.264.602-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

MANOEL COELHO NETO