

---

**Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200213814**

**Vítima: JESSICA SILVA MARTINS**

**Data do Acidente: 15/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JESSICA SILVA MARTINS**

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, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200213814                      Vítima: JESSICA SILVA MARTINS

Data do Acidente: 15/02/2020                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JESSICA SILVA MARTINS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 033.108.852-59 4 - Nome completo da vítima: JESSICA SILVA MARTINS

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

5 - Nome completo: JESSICA SILVA MARTINS 6 - CPF: 033.108.852-59  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Curitiba 9 - Número: 716 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Nova cidade 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300-000  
15 - E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)98404-5368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 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: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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, Boa Vista - RR, 15/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 3382/2020 - Registrado em: 20/05/2020 às 15h 31min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 15/02/2020 às 09h 50min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ESTRELA DALVA

Nº: S-N

CEP: 69316-002

Bairro: RAIAR DO SOL

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: PROXIMO AO SUPERMERCADO DB

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

JESSICA SILVA MARTINS(19), nascido(a) em 29/04/2001, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ESTUDANTE, CPF Nº 033.108.852-59, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARILENE OLIVEIRA DA SILVA e JOSE DE SOUZA MARTINS, endereço: CURITIBA, cep: 69316-192, Nº: 716, bairro: NOVA CIDADE, BOA VISTA-RR, referência: PROXIMO AO SUPERMERCADO SÃO FRANCISCO, Telefone: (95) 99146-6342.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA A COMUNICANTE (VITIMA) QUE ESTAVA DE CARONA COM UM COLEGA EM SUA MOTOCICLETA HONDA CRIPTON VERMELHA (NÃO SABE INFORMAR A PLACA), TRAFEGANDO NA AVENIDA ESTRELA DALVA SENTIDO AO BAIRRO PINTOLANDIA, QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA EM SUA FRENTE DE FORMA BRUSCA FEZ UMA MANOBRA PARA VIRAR PARA ESQUERDA EM UMA RUA, SEM DAR NENHUMA SINALIZAÇÃO, BEM COMO, SEM DAR CHANCES PARA O CONDUTOR FREAR OU DESVIAR DA MOTOCICLETA, SE CHOCANDO NA TRASEIRA DESTA, LEVANDO O CONDUTOR E A COMUNICANTE AO CHÃO, SOFRENDO A COMUNICANTE FRATURA DE PÉ ESQUERDO, EIS O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

ROGERIO FERREIRA DA SILVA  
AGENTE DE POLICIA  
MATRÍCULA: 050069788  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

  
JESSICA SILVA MARTINS  
COMUNICANTE





Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0083175-1

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4359862

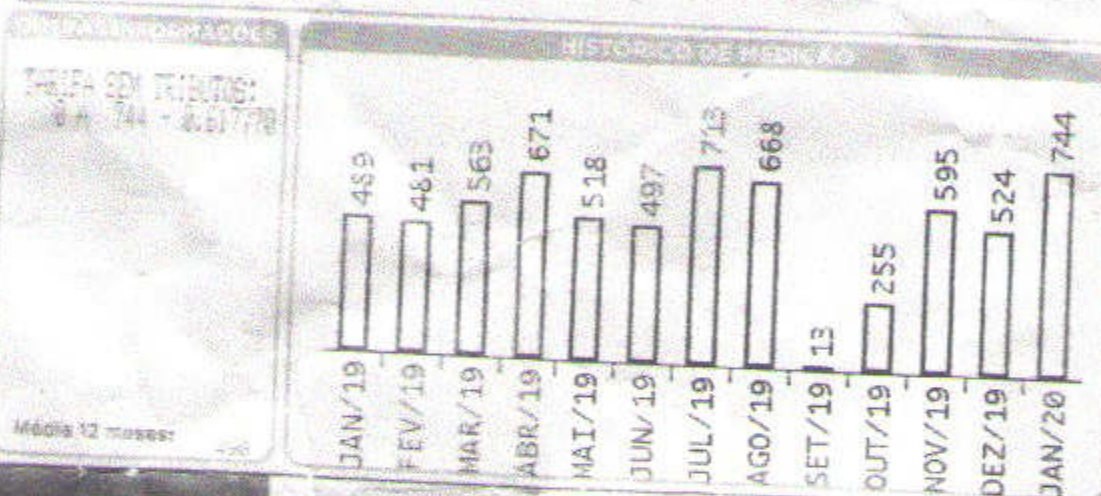
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002. FCAM\*

CONSUMO  
JANEIRO/2020 06/02/2020  
MARTILENE OLIVEIRA DA SILVA  
R. CURITIBA 716 1 - NOVA CIDADE  
CEP: 69.316-192 - BOA VISTA

744 772,45  
CPF: 00060167661272

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 53618	Atual: 06/01/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 52874	Anterior: 05/12/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 03/01/2020	Ligação: MONO
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 07/01/2020	Numero Medidor: E2725266
Consumo medido: 744	Apresentação: 06/01/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 744		Modalidade: 1 1516761

CONSUMO	744 A R\$ 0,760481 =	565,79
CORRECAO MONETARIA DA 11/19-00		0,03
CORR MONETARIA TCD (IG 4/20)		0,42
MULTA POR ATRASO DE 11/19-00		2,91
JUROS DE MORA POR ATR 11/19-00		1,26
MULTA POR ATRASO 11/19-00		0,33
PARCELAMENTO DE DEBITO 4/20		11,05
JUROS DE MORA DE IMPO 11/19-00		144,43
ILUMINACAO PUBLICA		4,42
		41,81



**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/01/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Val: Ano Valor R\$  
12/2019 706,57

LIGUE 08007014120 E DÊ A SUA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO A737.9B80.4578.9499.7FE9.76B2.9E2F.4728	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Energia: 007,50	Encargos: 17,41
Transmissão: 134,48	Tributos: 106,17
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Base de Cálculo: 565,79	ICMS: 7,68
	PIS: 0,81
	COPINS: 1,45
INDICADORES DE CONTINUIDADE	
Limite: 8,85	17,70 35,40
Realizado: 8,96	6,00
Conjunta: DISTRITO	4,29
Período de apuração: 11/2019	EUSD: 164,84

ROT: 15.001.23.01.108000



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0083175-1

TOTAL A PAGAR - R\$

772,45

MÊS FATURADO

01/2020

VENCIMENTO

06/02/2020

Nº da Nota Fiscal: 4359862

FCAM\*

83670000007 5 72450075000 0 000000000083 6 17510120008 7



SEQ.: 0213 UC: 0083175-1 DT.LEIT.: 08/01/2020 T.ENTR.: 07  
LEITURA: 53618 NORMAL TOTAL: 772,45

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4676382

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003 FCAM\*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	11/03/2020	308	277,67
CPF: 000.8305151204			

ILOIR INACIO DE SOUZA  
R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 - BURITIS  
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 548	Atual: 21/02/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 240	Anterior: 24/01/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 28	Próxima leitura: 21/03/2020	Ligação: BIFASICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 20/02/2020	Número Medidor: TDB1910534
Consumo medido: 308	Apresentação: 21/02/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 308		Modalidade: N 1519404

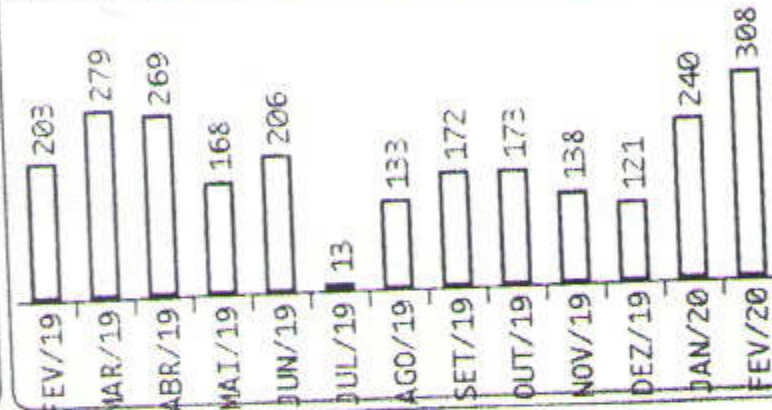
DESCRIÇÃO DA CONTA	308 A R\$ 0,765725 =	235,84
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA		41,83

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 308 - 0,617770

Média 12 meses: 176

**HISTÓRICO DE MEDIÇÃO**



**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/03/2020, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na CERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavizadas no valor de R\$ 134,01 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$  
01/2020 260,66

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

**RESERVADO AO FISCO**

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)		Tributos/Contribuições - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA VALOR
Distribuição: 127,32	Tributos: 7,21	ICMS:	17,00% 40,09
Transmissão: 55,76	45,55	PIS:	0,41% 0,96
0,00		COFINS:	1,91% 4,50
		235,84	

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto FLORESTA								
							Período de apuração: 12/2019	EUSD: 36,46

ROT: 5.001.12.04.021730



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0109029-1

TOTAL A PAGAR - R\$

277,67

MÊS FATURADO

02/2020

VENCIMENTO

11/03/2020

Nº da Nota Fiscal: 4676382

FCAM\*

83680000002 5 77670075000 8 00000000109 9 02910220008 5



SEQ.: 0151 UC: 0109029-1 DT.LEIT.: 21/02/2020 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 548 NORMAL TOTAL: 277,67 CARGA: 008  
DT.VENC.: 11/03/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4021



## 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 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, ABRFIA, 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

Maier Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jessica Silva Martins

inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.108.852 / 59

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Jessica Silva Martins

inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.108.852 / 59, 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: Antônio P. Galvão

Número:

1832

Complemento:

Bairro:

Buritis

Cidade:

Bea Vista

Estado:

RR

CEP:

69.309-209

E-mail:

ELCERRR@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD):

(95) 98404-5300

Local e Data: Bea Vista - RR,

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

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

DIURNO 07-19

7

2001220695

15/02/2020 10:45:05

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente

JESSICA SILVA MARTINS

Data Nascimento

29/04/2001

Idade

18 A 9 M 16 D

CNS

162461274610004

CPF

03310885259

Prontuário

Tipo Doc

REGISTRO N 6122

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

MUCAJAI 17/07/2001

Sexo

F

Estado Civil

UNIAO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

MUCAJAI - RR

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

MARILENE OLIVEIRA DA SILVA

Contato

JOSE DE SOUZA MARTINS

(95) 98405-8373

Ocupação

Endereço

RUA - CURITIBA - 716 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

ELIENE

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eliene  
Data Hora: 15/02/2020 11:24:24

© 2020  
BOTECH - Soluções em Tecnologia  
104 - Indústrias em Saúde  
Vls. 4.2.10 - 01.09.43

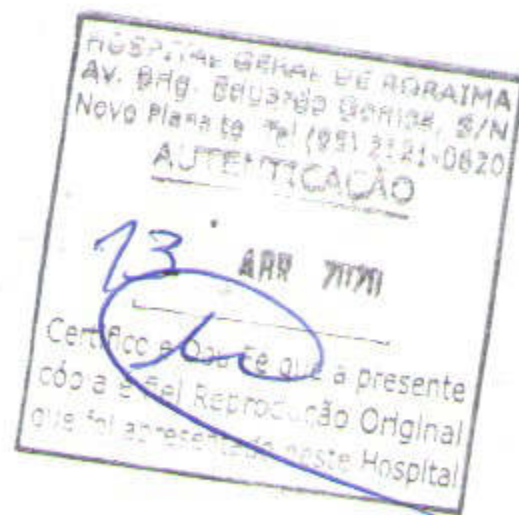


2001220695

Ortopedia De Lombrado / M  
paciente refere queda com dor  
na 3 horas com quadro de dor  
em 3, 4, 5° MTTD. Exatidão em local de  
AOKK fadado em colmo de  
3, 4 e 5° metacarpais D

D: Boto. Gmado em MID  
+ Acortamento + AINE + ATB + Analg

*[Signature]*



14 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA  
114807 SSP RR

CPF  
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
AB

ACC  
AB

CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
01101912304

VALIDADE  
28/01/2020

HABILITAÇÃO  
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

92485240616  
R207968020

JUSCELINO KUNITSCHER PEREIRA  
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980151096

PROIBIDO PLASIFICAR

980151096

14 OUT. 2019

## TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PS/PASEP

162.46127.46-1

NÚMERO

3764126

SÉRIE

0050

LÍNEA

RR

*Jessica Silva Martins*

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



JESSICA SILVA MARTINS

FILIAÇÃO: MARILENE OLIVEIRA DA SILVA

JOSE DE SOUZA MARTINS

NASCIMENTO: 29/04/2001

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: MUCAJAI - RR

DOCUMENTO: R.G. - 4553551 - 16/04/2016 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 033.108.852-59

TIT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTERR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 09/05/2017

ZONA:

CNH:

SEÇÃO:

ADELAIDE PEREIRA MOTA BEZERRA

Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /  
DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA  
A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO  
B - SEP JUDICIAL D - ADOÇÃO F - AJUDANCA VOLUNTÁRIA

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Jessica Silva Martins
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	45553551 SSP
ENDEREÇO:	R: Curitiba 735 nova eidade

## OUTORGADO

NOME:	Moisés Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antonio p. Galvão 1832

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 15 / 02 / 2020, cobertura Invalidez, vítima: Jessica Silva Martins.

Boa Vista 17-02-2020

LOCAL E DATA

Jessica Silva Martins

ASSINATURA DO OUTORGANTE

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Ataide Teive, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/RR  
Fone: (95) 3627-4185  
Sofficiohuviata@cartorioaquino.com.br

182650.5e4ab0a8a401e  
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
1/JESSICA SILVA MARTINS

Em testemunho da verdade, BPO  
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 17 de fevereiro de 2020.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadão.portal.sorrr.com.br  
REC/FIR168295470600KH6Z6K077

182.650  
Thaís Carvalho Barbosa das Sales  
Escritorante Autorizada

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165868/20

**Vítima:** JESSICA SILVA MARTINS

**CPF:** 033.108.852-59

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 15/02/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JESSICA SILVA MARTINS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### JESSICA SILVA MARTINS : 033.108.852-59

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: 15/06/2020  
Nome: JESSICA SILVA MARTINS  
CPF: 033.108.852-59

JESSICA SILVA MARTINS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO