
Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA 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, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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.

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190215457 Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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.

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

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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.

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

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190215457 Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está incorreto/incompleto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

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.

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

Pag. 00827/00828 - carta_03 - INVALIDEZ
000404.14

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 tornozelo 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: JOSE AMARANTE DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000003783-4

Conta: 000004115-7

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



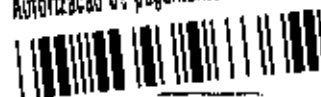


Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDE

Autorização de pagamento

AT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Amarante da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 140288EXPEDIDO POR SESP-PAEM 24/10/2008CPF 5581140419220 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO aqueleto

E RENDA MENSAL DE R\$ 3.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Amarante da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 001 AGÊNCIA 37934 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 44157

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Parauapebas - PA DATA 01/03/2009

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) José Amarante da Silva

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguredotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





**ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS**

INV

BOLETIM DE Ocorrência: 385/19

DATA: 27/02/2019

HORA: 16:42

ATENDENTE: ACPC RUY

DELEGADO (A) TITULAR:

CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 17/01/2019

HORA: 06:00

LOCAL: VICINAL 18, KM 13, SÃO LUIZ DO ANAUA-RR

Boletim de ocorrência



DADOS DA VÍTIMA

NOME: JOSÉ AMARANTE DA SILVA

RG: 140288 SSP/RR

CPF: 581.404.172-20

DATA DE NASCIMENTO: 02/01/1966

IDADE: 53

SEXO: MASCULINO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

CIDADE: CHAPADINHA

UF: MA

PAI: SEBASTIÃO LAGO DA SILVA

MAE: EUZANIRA VIEIRA DA SILVA

CNH: PJ

GRAU DE ESCOLARIDADE: FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ENDEREÇO: VICINAL 18, KM 17, SÍTIO SÃO JOSE, SÃO LUIZ DO ANAUA-RR

REFERÊNCIA: PERTO DA PONTE

TELEFONE: 95 988030065/95 988034154

RECEBIDO

08 MAR 2019

Sapiradote Lúcio DE VAS

CÓDIGO

INFRAÇÃO

DESCRIÇÃO

1001

TRANSITO

ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que na data e hora acima estava indo juntamente com seu filho a São Luiz do Anauá, na motocicleta conduzida por seu filho, PLACA NUJ2679, RENAVAM 00500346089, CHASSI 9C2KD0540DR111280, quando colidiu com um porco, que foi socorrido pelo proprietário do porco, conhecido por RAIMUNDÃO DA ZUMIRA, que o levou para o hospital de São Luiz do Anauá e de lá foi encaminhado para Rorainópolis por falta de material naquela unidade, que a policia militar não foi ao local. Que apresentou cópia autenticada da Guia De Atendimento do Hospital De Rorainópolis, no momento da confecção deste Boletim de Ocorrência, segue em anexo. É o relato.

ACPC RUY
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ AMARANTE DA SILVA
COMUNICANTE

DESPACHO

- () Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____
Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Policia Civil
Testemunhas: _____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denunciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.

O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência.

PROJETO CORRIGIDA - DO DOCUMENTO XAO	
CO/EDU/MS	
☒	BO em cópia simples
☐	Comprovante de anamnese médicas em cópias
☐	Certidão de Óbito em cópia simples
☐	Laudo de IMI em cópia simples
Assessorar documento assinado conforme Guia de Regulação	
Assessoria Legal - GAVAT	



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA: 385/19

DATA: 27/02/2019

HORA: 16:42

ATENDENTE: ACPC RUY

DELEGADO (A) TITULAR: CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 17/01/2019

HORA: 06:00

LOCAL: VICINAL 18, KM 13, SÃO LUIZ DO ANAUA-RR

DADOS DA VÍTIMA

NOME: JOSÉ AMARANTE DA SILVA

RG: 140288 SSP/RR

CPF: 581.404.172-20

DATA DE NASCIMENTO: 02/01/1966

IDADE: 53

SEXO: MASCULINO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

CIDADE: CHAPADINHA

UF: MA

PAI: SEBASTIÃO LAGO DA SILVA

MAE: EUZANIRA VIEIRA DA SILVA

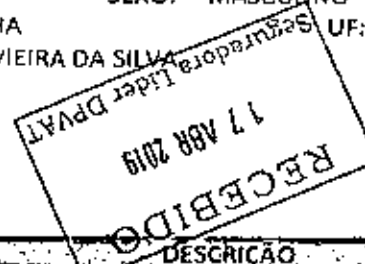
CNH: PJ

GRAU DE ESCOLARIDADE: FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ENDEREÇO: VICINAL 18, KM 17, SÍTIO SÃO JOSE, SÃO LUIZ DO ANAUA-RR

REFERÊNCIA: PERTO DA PONTE

TELEFONE: 95 988030065/95 988034154



CODIGO

INFRAÇÃO

DESCRIÇÃO

1001

TRANSITO

ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que na data e hora acima estava indo juntamente com seu filho a São Luiz do Anauá, na motocicleta conduzida por seu filho, PLACA NUJ2679, RENAVAM 00500346089, CHASSI 9C2KD0540DR111280, quando colidiu com um porco, que foi socorrido pelo proprietário do porco, conhecido por RAIMUNDÃO DA ZUMIRA, que o levou para o hospital de São Luiz do Anauá e de lá foi encaminhado para Rorainópolis por falta de material naquela unidade, que a polícia militar não foi ao local. Que apresentou cópia autenticada da Guia De Atendimento do Hospital De Rorainópolis, no momento da confecção deste Boletim de Ocorrência, segue em anexo. É o relato.

ACPC RUY
AGENTE DE POLÍCIA

AUTENTICAÇÃO NO VERSO

JOSÉ AMARANTE DA SILVA
COMUNICANTE

DESPACHO

- () Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providência(a): _____
Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Polícia Civil
Testemunhas: _____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denúnciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.
O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência.

CARTÓRIO DE SÃO LUIZ - RR

Av. Brasil, 1.000, Centro, São Luiz - RR, CEP 69.370-000 - RR. Fone: (161) 2533-1111

AGENTICAÇÃO 005818

Atestado por ser fotocópia fiel do documento apresentado.
O referido é verdade e dou fé.

São Luiz - RR, 05 de abril de 2018.

GEORDÂNIA PONTES DA SILVA

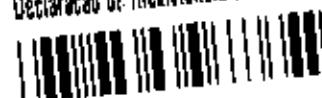
Geordania Pontes da Silva
Substituta



EM BRANCO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Jose Amaraniti da Silva, portador da carteira de identidade nº 140288 SESP-MR e inscrito no CPF/MF sob o nº 583.404.372-20, residente e domiciliado na rua 18 km E. Centro, Cidade São Lourenço do Marão Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jose Amaraniti da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pernambuco, PB, 01/03/2019

Local e data



DATA DE NASC.: ____/____/____
RG: ____ UF: ____
CPF: ____-____-____
SUS: ____

DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
17	01	19	7:05	

01 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:				
Nome: José Amoraute da Silva.			Idade: 53a	Sexo: M
Rua/Avenida: Vic. 18 Km 18			Nº	Complemento:
Bairro: 2 Rural	Município: São Luiz		Estado: RR	Telefone: 98803-4154
Filiação	Paí	Mse: Guzanira Vieira Silva.		

02 DO ACIDENTE

☐ RESIDÊNCIA ☐ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO ☐ TRÂNSITO

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA

☒ TRANSPORTADO ☐ DE AMBULÂNCIA ☐ REMOVIDO

Comprovação de ato declaratório



04 TIPO DE ACIDENTE

☒ TRAUMÁTICO ☐ QUEIMADURA ☐ ENVENENAMENTO ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ OUTROS (DESCREVER)

05 SE ACIDENTE DE TRABALHO: ESPECIFICAR

PROFISSÃO	DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES

06 DOENÇA OCUPACIONAL:

☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUAL (ESPECIFICAR)

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

ESPECIALIDADE	Vítima de acidente de trabalho com Pericó -		
RESUMO CLÍNICO	Chego, Corrente, Acidente com trava		
EXAME FÍSICO	em 1º Inferior Esq. - com escarificação		
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO)	Suspeita de fratura da perna		
RESULTADOS DE OUTRA UNIDADE (RESULTADO NO VERSO)	Rx de 1º Inferior Esq.		
DIAGNÓSTICO PROVAVEL:	Vítima de Acidente de trabalho com Pericó		
DEFINITIVO:	Suspeita de fratura de 1º Inferior Esq.		

08 DESTINO DO PACIENTE

REMOVIDO PARA	
INTERNADO NO (A)	

☐ ALTA ☐ RESIDÊNCIA COM ORIENTAÇÃO ☐ SE AFETADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?

DATA	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	ASSINATURA DO MÉDICO
	Enf.ª Odete	Dr. Ricardo Gomes

RADIOLOGIA:

ANAMNESE DO PACIENTE:

P.A: 130 x 80 mm/Hg

TEMP.: °C

PESO: 55,800 kg

DESTRO: mg/dl

ALERGIA? SIM () NÃO (X)

DESCREVA AQUI:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

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: 19/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AMARANTE DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03783-4

CONTA: 000000004115-7

Nr. da Autenticação 055C118BF68DB6B1

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0531242-6

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ené Garcia, 821 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.841.470/0001-44 | Ins. Estadual: 74.007.022-3

Nome Fiscal: Centro de Energia Elétrica - Série 0-1

Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ/RR/MS

Nº da Nota Fiscal

002289939

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTABILIDADE: FEVEREIRO/2019 VENCIMENTO: 20/03/2019 390 213,53

JOSE AMARANTES DA SILVA

V. 18 KM E CENTRO

CPF: 00058140417220

CEP: 69.370-000 - SÃO LUIZ DO ANAUA

ROT: 401.050.01.51.039000

DADOS DA LEITURA	DATA DA CONFIRMAÇÃO
Atual: 8148	06/02/2019
Anterior: 7758	07/01/2019
Anterior: 1,000	05/03/2019
Constante de Multiplicação: 390	Próxima Leitura: 04/02/2019
Consumo Medido: 390	Emissão: 06/02/2019
Consumo Estimado: 390	Apresentação: 30
NORMAL	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Onibus/Alcôves: RURAL
Ligação: IBI
Número Medidor: TDB1617572
Posto: 4.2.2.2
Código Pat: 415
Méda 12 meses: 415

HISTÓRICO (Linha)	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	CONSUMO 390 A R\$ 0,547517 = 213,53
JAN/19 398	
DEZ/18 395	
NOV/18 359	
OUT/18 391	
SET/18 346	
AGO/18 392	
JUL/18 382	
JUN/18 466	
MAI/18 503	
ABR/18 493	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
B A 3% - R. 6,44246	

MENSAGENS IMPORTANTES E PREVISÃO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano 12/2018	Valor R\$ 225,24	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21/02/2019, em função das contas reatadas nesta fatura. O repasseamento poderá ocorrer sempre e inclusive de nome do consumidor de acordo. Informamos ainda existirem contas vencidas e a reavivadas no valor de R\$ 161,75 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

IBEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA. CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA RORAIMA ENERGIA. LIQUE 06607019120 E FAÇA DPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVAÇÃO AO FISCO BDB4.42A0.200C.7C6D.840B.E46B.44A3.9D87

COMPOSIÇÃO DA CONTA	VALORES DE VENCIMENTO
Distribuição: 53,64	213,53
Energia: 113,72	17,00%
Transmissão: 0,00	36,30
Encargos: 5,90	0,71
Tributos: 40,27	3,26

INDICADORES DE CONTINUIDADE
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00 0,00
12/2018 0,00

ROT: 401.050.01.51.039000

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 821 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.841.470/0001-44 | Ins. Estadual: 74.007.022-3

SEU CÓDIGO

0531242-6

TOTAL A PAGAR - R\$

213,53

MES FATURADO

02/2019

VENCIMENTO

20/03/2019

Nº da Nota Fiscal: 002289939

FCAM

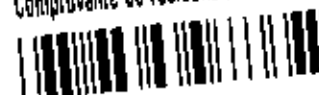
83660000002 7 13530075000 1 00000000531 4 74760710008 7

SEQ.: 00043 UC: 0531242-6 DT.LEIT.: 06/02/2019 T.ENTR.: 01

LEITURA: 8148 NORMAL TOTAL: 213,53 CARGA: 001

DT.VENC.: 20/03/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 3151

Comprovante de residência



001718 391
SET/18 346

Comprovante de residencia



Para contato
consulte o número
deste documento

0531242-6

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 07.341.470/0001-44 / Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal: 002832001

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

CONTAS	VENCIMENTO	1. ORIGEM	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	20/06/2019	176	105,17

JOSE AMARANTES DA SILVA
V. 18 KM E CENTRO

CPF: 00058140417220

CEP: 69.370-000 - SAO LUIZ DO ANAUA

ROT: 401.050.01.51.039000

ÍNDICE DE LECTURA	VALOR	DATA DE LECTURA
Atual:	8953	08/05/2019
Anterior:	8777	05/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	05/06/2019
Consumo Medido:	176	07/05/2019
Consumo Faturado:	176	08/05/2019
		33

Class/Subclass	Tipologia	Número Medida	Posto	Código Fin.	Méda 12 meses
RURAL	01	RD01617572		4.2.2.2	367

Mês/ano	Consumo	
ABR/19	309	
MAR/19	320	
FEV/19	390	
JAN/19	398	
DEZ/18	395	
NOV/18	359	
OCT/18	391	
SET/18	346	
AGO/18	392	
JUL/18	382	
JUN/18	382	
MAY/18	382	
ABR/18	382	
MAR/18	382	
FEB/18	382	
JAN/18	382	
DEZ/17	382	
NOV/17	382	
OCT/17	382	
SET/17	382	
AGO/17	382	
JUL/17	382	
JUN/17	382	
MAY/17	382	
ABR/17	382	
MAR/17	382	
FEB/17	382	
JAN/17	382	
DEZ/16	382	
NOV/16	382	
OCT/16	382	
SET/16	382	
AGO/16	382	
JUL/16	382	
JUN/16	382	
MAY/16	382	
ABR/16	382	
MAR/16	382	
FEB/16	382	
JAN/16	382	
DEZ/15	382	
NOV/15	382	
OCT/15	382	
SET/15	382	
AGO/15	382	
JUL/15	382	
JUN/15	382	
MAY/15	382	
ABR/15	382	
MAR/15	382	
FEB/15	382	
JAN/15	382	
DEZ/14	382	
NOV/14	382	
OCT/14	382	
SET/14	382	
AGO/14	382	
JUL/14	382	
JUN/14	382	
MAY/14	382	
ABR/14	382	
MAR/14	382	
FEB/14	382	
JAN/14	382	
DEZ/13	382	
NOV/13	382	
OCT/13	382	
SET/13	382	
AGO/13	382	
JUL/13	382	
JUN/13	382	
MAY/13	382	
ABR/13	382	
MAR/13	382	
FEB/13	382	
JAN/13	382	
DEZ/12	382	
NOV/12	382	
OCT/12	382	
SET/12	382	
AGO/12	382	
JUL/12	382	
JUN/12	382	
MAY/12	382	
ABR/12	382	
MAR/12	382	
FEB/12	382	
JAN/12	382	
DEZ/11	382	
NOV/11	382	
OCT/11	382	
SET/11	382	
AGO/11	382	
JUL/11	382	
JUN/11	382	
MAY/11	382	
ABR/11	382	
MAR/11	382	
FEB/11	382	
JAN/11	382	
DEZ/10	382	
NOV/10	382	
OCT/10	382	
SET/10	382	
AGO/10	382	
JUL/10	382	
JUN/10	382	
MAY/10	382	
ABR/10	382	
MAR/10	382	
FEB/10	382	
JAN/10	382	
DEZ/09	382	
NOV/09	382	
OCT/09	382	
SET/09	382	
AGO/09	382	
JUL/09	382	
JUN/09	382	
MAY/09	382	
ABR/09	382	
MAR/09	382	
FEB/09	382	
JAN/09	382	
DEZ/08	382	
NOV/08	382	
OCT/08	382	
SET/08	382	
AGO/08	382	
JUL/08	382	
JUN/08	382	
MAY/08	382	
ABR/08	382	
MAR/08	382	
FEB/08	382	
JAN/08	382	
DEZ/07	382	
NOV/07	382	
OCT/07	382	
SET/07	382	
AGO/07	382	
JUL/07	382	
JUN/07	382	
MAY/07	382	
ABR/07	382	
MAR/07	382	
FEB/07	382	
JAN/07	382	
DEZ/06	382	
NOV/06	382	
OCT/06	382	
SET/06	382	
AGO/06	382	
JUL/06	382	
JUN/06	382	
MAY/06	382	
ABR/06	382	
MAR/06	382	
FEB/06	382	
JAN/06	382	
DEZ/05	382	
NOV/05	382	
OCT/05	382	
SET/05	382	
AGO/05	382	
JUL/05	382	
JUN/05	382	
MAY/05	382	
ABR/05	382	
MAR/05	382	
FEB/05	382	
JAN/05	382	
DEZ/04	382	
NOV/04	382	
OCT/04	382	
SET/04	382	
AGO/04	382	
JUL/04	382	
JUN/04	382	
MAY/04	382	
ABR/04	382	
MAR/04	382	
FEB/04	382	
JAN/04	382	
DEZ/03	382	
NOV/03	382	
OCT/03	382	
SET/03	382	
AGO/03	382	
JUL/03	382	
JUN/03	382	
MAY/03	382	
ABR/03	382	
MAR/03	382	
FEB/03	382	
JAN/03	382	
DEZ/02	382	
NOV/02	382	
OCT/02	382	
SET/02	382	
AGO/02	382	
JUL/02	382	
JUN/02	382	
MAY/02	382	
ABR/02	382	
MAR/02	382	
FEB/02	382	
JAN/02	382	
DEZ/01	382	
NOV/01	382	
OCT/01	382	
SET/01	382	
AGO/01	382	
JUL/01	382	
JUN/01	382	
MAY/01	382	
ABR/01	382	
MAR/01	382	
FEB/01	382	
JAN/01	382	
DEZ/00	382	
NOV/00	382	
OCT/00	382	
SET/00	382	
AGO/00	382	
JUL/00	382	
JUN/00	382	
MAY/00	382	
ABR/00	382	
MAR/00	382	
FEB/00	382	
JAN/00	382	
DEZ/99	382	
NOV/99	382	
OCT/99	382	
SET/99	382	
AGO/99	382	
JUL/99	382	
JUN/99	382	
MAY/99	382	
ABR/99	382	
MAR/99	382	
FEB/99	382	
JAN/99	382	
DEZ/98	382	
NOV/98	382	
OCT/98	382	
SET/98	382	
AGO/98	382	
JUL/98	382	
JUN/98	382	
MAY/98	382	
ABR/98	382	
MAR/98	382	
FEB/98	382	
JAN/98	382	
DEZ/97	382	
NOV/97	382	
OCT/97	382	
SET/97	382	
AGO/97	382	
JUL/97	382	
JUN/97	382	
MAY/97	382	
ABR/97	382	
MAR/97	382	
FEB/97	382	
JAN/97	382	
DEZ/96	382	
NOV/96	382	
OCT/96	382	
SET/96	382	
AGO/96	382	
JUL/96	382	
JUN/96	382	
MAY/96	382	
ABR/96	382	
MAR/96	382	
FEB/96	382	
JAN/96	382	
DEZ/95	382	
NOV/95	382	
OCT/95	382	
SET/95	382	
AGO/95	382	
JUL/95	382	
JUN/95	382	
MAY/95	382	
ABR/95	382	
MAR/95	382	
FEB/95	382	
JAN/95	382	
DEZ/94	382	
NOV/94	382	
OCT/94	382	
SET/94	382	
AGO/94	382	
JUL/94	382	
JUN/94	382	
MAY/94	382	
ABR/94	382	
MAR/94	382	
FEB/94	382	
JAN/94	382	
DEZ/93	382	
NOV/93	382	
OCT/93	382	
SET/93	382	
AGO/93	382	
JUL/93	382	
JUN/93	382	
MAY/93	382	
ABR/93	382	
MAR/93	382	
FEB/93	382	
JAN/93	382	
DEZ/92	382	
NOV/92	382	
OCT/92	382	
SET/92	382	
AGO/92	382	
JUL/92	382	
JUN/92	382	
MAY/92	382	
ABR/92	382	
MAR/92	382	
FEB/92	382	
JAN/92	382	
DEZ/91	382	
NOV/91	382	
OCT/91	382	
SET/91	382	
AGO/91	382	
JUL/91	382	
JUN/91	382	
MAY/91	382	
ABR/91	382	
MAR/91	382	
FEB/91	382	
JAN/91	382	
DEZ/90	382	
NOV/90	382	
OCT/90	382	
SET/90	382	
AGO/90	382	
JUL/90	382	
JUN/90	382	
MAY/90	382	
ABR/90	382	
MAR/90	382	
FEB/90	382	
JAN/90	382	
DEZ/89	382	
NOV/89	382	
OCT/89	382	
SET/89	382	
AGO/89	382	
JUL/89	382	
JUN/89	382	
MAY/89	382	
ABR/89	382	
MAR/89	382	
FEB/89	382	
JAN/89	382	
DEZ/88	382	
NOV/88	382	
OCT/88	382	
SET/88	382	
AGO/88	382	
JUL/88	382	
JUN/88	382	
MAY/88	382	
ABR/88	382	
MAR/88	382	
FEB/88	382	
JAN/88	382	
DEZ/87	382	
NOV/87	382	
OCT/87	382	
SET/87	382	
AGO/87	382	
JUL/87	382	
JUN/87	382	
MAY/87	382	
ABR/87	382	
MAR/87	382	
FEB/87	382	
JAN/87	382	
DEZ/86	382	
NOV/86	382	
OCT/86	382	
SET/86	382	
AGO/86	382	
JUL/86	382	
JUN/86	382	
MAY/86	382	
ABR/86	382	
MAR/86	382	
FEB/86	382	
JAN/86	382	
DEZ/85	382	
NOV/85	382	
OCT/85	382	
SET/85	382	
AGO/85	382	
JUL/85	382	
JUN/85	382	
MAY/85	382	
ABR/85	382	
MAR/85	382	
FEB/85	382	
JAN/85	382	
DEZ/84	382	
NOV/84	382	
OCT/84	382	
SET/84	382	
AGO/84	382	
JUL/84	382	
JUN/84	382	
MAY/84	382	
ABR/84	382	
MAR/84	382	
FEB/84	382	
JAN/84	382	
DEZ/83	382	
NOV/83	382	
OCT/83	382	
SET/83	382	
AGO/83	382	
JUL/83	382	
JUN/83	382	
MAY/83	382	
ABR/83	382	
MAR/83	382	
FEB/83	382	
JAN/83	382	
DEZ/82	382	
NOV/82	382	
OCT/82	382	
SET/82	382	
AGO/82	382	
JUL/82	382	
JUN/82	382	
MAY/82	382	
ABR/82	382	
MAR/82	382	
FEB/82	382	
JAN/82	382	
DEZ/81	382	
NOV/81	382	
OCT/81	382	
SET/81	382	
AGO/81	382	
JUL/81	382	
JUN/81	382	
MAY/81	382	
ABR/81	382	
MAR/81	382	
FEB/81	382	
JAN/81	382	
DEZ/80	382	
NOV/80	382	
OCT/80	382	
SET/80	382	
AGO/80	382	
JUL/80	382	
JUN/80	382	
MAY/80	382	
ABR/80	382	
MAR/80	382	
FEB/80	382	
JAN/80	382	
DEZ/79	382	
NOV/79	382	
OCT/79	382	
SET/79	382	
AGO/79	382	
JUL/79	382	
JUN/79	382	
MAY/79	382	
ABR/79	382	
MAR/79	382	
FEB/79	382	
JAN/79	382	
DEZ/78	382	
NOV/78	382	
OCT/78	382	
SET/78	382	
AGO/78	382	
JUL/78		

05/18 394
SET/18 346



Para conferir
controle anexo ao
este número

0531242-6

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 991 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nossa Filial / Conta de Energia Elétrica - Bóte 8-1
Regime especial de tributação autorizado pela REFAZ 359/13

Nº de Nota Fiscal: 002832001

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

MAIO/2019 20/06/2019 176 185,17

JOSE AMARANTES DA SILVA
V. 18 KM E CENTRO
CPF: 00058140417220
CEP: 69.370-000 - SAO LUIZ DO ANAUA ROT: 401.050.01.51.039000

Atual:	8953	Antes:	08/03/2019
Anterior:	8777	Anterior:	05/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Anterior:	05/06/2019
Consumo Medido:	176	Próxima Leitura:	07/05/2019
Consumo Faturado:	176	Entrega:	08/05/2019
		Apresentação:	33

NORMAL

Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fim	Mês 12 meses
RURAL	BI	TDB1617572		4.2.2.2	387

Mês/Ano	Consumo	Valor R\$
ABR/19	309	
MAR/19	320	
FEV/19	390	
JAN/19	398	
DEZ/18	395	
NOV/18	359	
OUT/18	391	
SET/18	346	
AGO/18	392	
JUL/18	382	
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
8 A 176		6.444,20

CONSUMO	176 A R\$ 0,535228	94,20
CORREÇÃO MONETARIA IC 02/19-00		3,57
MULTA POR ATRASO 02/19-00		4,27
JUROS DE MORA DE IMPO 02/19-00		3,13

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
03/2019	178,99	Último consumo faturado e prazo de pagamento de 30 dias. O valor devido por este mês é de R\$ 178,99 e inclui o valor do consumo no mês. Caso não seja efetuado o pagamento favor desconsiderar esta aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09).
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 3F14.18F1.F2F0.7066.C150.9F35.4ZC8.9175

Distribuição:	24,21	Base de Cálculo:	94,20
Energia:	51,32	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	16,01
Encargos:	2,66	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	16,01	Valor do COFINS:	0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00 0,00

0372019 0,00

ROT: 401.050.01.51.039000



SEU CÓDIGO
0531242-6

TOTAL A PAGAR - R\$
105,17

MÊS FATURADO
05/2019

VENCIMENTO
20/06/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcia 991 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº de Nota Fiscal: 002832001 FCAM

83690000001 6 05170075000 6 000000000531 4 24260519008 9



Componente de residência

CONFIRMAR
Autenticar por meio eletrônico
Av. Dr. Tadeu, 401 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44

AUTENTICAÇÃO
Autenticar por meio eletrônico
Av. Dr. Tadeu, 401 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44

Emolumentos: R\$ 4,00 - selo, R\$ 0,00 - Total: R\$ 4,00
Boa Vista, 20 de junho de 2019.
Roraima Energia S.A.

JOSE AMARANTES DA SILVA
V. 18 KM E CENTRO
CPF: 00058140417220
CEP: 69.370-000 - SAO LUIZ DO ANAUA

SILVIA DA SILVA MANGUEIRA - Escrevente Autorizada
CNPJ: 02.341.470/0001-44



Para consulta
consulte o número
desta nota



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 08.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica - Série B-1
Registro especial de impressão autorizado pela SEFAZ RR/MS

Nº da Nota Fiscal 003380669

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

AGOSTO/2019 20/09/2019 263 147,15

JOSE AMARANTES DA SILVA

V. 18 KM E CENTRO

CPF: 00058140417220

CEP: 69.370-000 - SAO LUIZ DO ANAUA

ROT: 401.050.01.51.039000

DADOS DA LEITURA	DADOS DA LEITURA
Atual: 9511	Atual: 07/08/2019
Anterior: 9248	Anterior: 08/07/2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 07/09/2019
Consumo Medido: 263	Emissão: 06/08/2019
Consumo Faturado: 263	Exercício: 07/08/2019

NORMAL

30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RURAL	BI	TDB1617572		4.2.2.2	314

HISTÓRICO (KWh)	DESCRIÇÃO DA COTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 263 A R\$ 0,540923 = 142,26
JUL/19 162	CORREÇÃO MONETARIA IGPM (2X) 0,44
JUN/19 133	MULTA POR ATRASO (2X) 3,44
MAI/19 176	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 1,01
ABR/19 309	
MAR/19 320	
FEV/19 390	
JAN/19 398	
DEZ/18 395	
NOV/18 359	
OUT/18 391	
TARIFA SEM PREJUÍZOS:	
B A 263 - 0,444240	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Parabéns! Até o dia 06/08/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 80F2.8323.E88A.4079.E836.7354.4439.9004

DISTRIBUIÇÃO DA COTA - R\$		RESPONSABILIDADE	
Distribuição:	76,70	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	24,18
Transmissão:	3,98	Valor do ICMS:	0,21
Encargos:	25,41	Valor do PIS:	1,07
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

06/2019 0,00

ROT: 401.050.01.51.039000



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 08.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

REV. CÓDIGO
0531242-6

TOTAL A PAGAR - R\$
147,15

MÊS FATURADO
08/2019

VENCIMENTO
20/09/2019

Nº da Nota Fiscal

003380669 FCAM

83680000001 7 47150075000 8 000000000331 4 24200019000 6



SFQ.: 00043 UC: 0531242-G DT.: EIT.: 07/08/2019 T. ENTR.: 03
LEITURA: 9511 NORMAL TOTAL: 147,15 CARGA: 001

RECEBIDO

28 AGO 2019

Concedora Líder DPVAT

9598803 0069

9599173 8454

João Paulo L. L.

Paciente em a. capalhe
a. f. p. a. c. eleva. f. p. a. c.
e. a. p. l. o. a. c. p. a. c.
e. g. a. c. e. p. i. n. t. e. m. t. e. l. e.
a. t. e. d. e. n. t. e. e. g. i. c. e. A. p. e. r.
em a. p. a. c. h. e. t. o. l. a. c.
p. l. a. 120 p. r. o. x. i. m. a. c. e.

24
02
19.

Dr. Gustavo Furtado
Ortopedia
CRM-RR 1256

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTIMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

1900089213	17/01/2019 10:21:56	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	DIURNO 07-19	8
Paciente JOSE AMARANTE DA SILVA		Data Nascimento 02/01/1966	Idade 53 A 0 M 15 D	CNS	CPF 58140417220	Prontuário
Tipo Doc IDENTIDADE 140288	Documento SSPRR	Assinatura Emissor SSPRR	Data Emissão 24/10/2008	Sexo M	Estado Civil PARD	Naturalidade CHAPADINHA
MÃE EUZANIRA VIEIRA DA SILVA		Pai SEBASTIAO LAGO DA SILVA		Contatos - Cel2: 34039733 -		
Endereço AVENIDA - JOAO RODRIGUES - - - -						

Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	N da Carteira	Validade	Autorização 26.4	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIMENTO	Carate do Atendimento URGÂNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso 138/80
Sector	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: MARCIA BARBOSA		
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintoma Atípico Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				

Diagnóstico de Enfermagem	GSC	TOTAL
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Crise de tosse (sic)

Exame Físico	<i>Feirido contendo amarelo</i>	<i>(M)</i>
--------------	---------------------------------	------------

Hipótese Diagnóstica	<i>+ retensão pulmonar</i>
----------------------	----------------------------

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) <i>Aspirina 1gr (EV)</i>	Confere com original	
2) <i>Paracetamol 400mg (EV)</i>		
3) <i>Clorfeniramina 2gr (EV)</i>		
4) <i>Paracetamol 400mg (EV)</i>		
Condição		
☐ Alta por Deficiência Médica ☐ Alta Pedido ☐ Alta e Revolta ☐ Transferência para:	☐ Ambulatório ☐ Observação 24h ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: <i>27-01-2019</i>	
Alto		
Antes da 1ª Atendimento? ☐ Sim ☐ Não	Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica	

Assinatura do Paciente ou Responsável Geral: *Elson Alves da Silva*
CPF: 598.713.072-00
HRSGOSP

Carimbo e Assinatura do Médico: *Dr. Oscar E. Rios Quinto*
Clínico Geral
CRM-RR 1998

Lo Centro Sany, co.

Confere
com original

JOSE ALESSANDRO

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONI DE SOUSA PRATO

Br. 174 - KM 453
CEP: 69.370-970

RODINÓPOLIS

RR

123

14:30 Divisão paciente a
permanecer no leito P.O
para evitar náuseas por
excesso de comida

14h Paciente lavou
com antissépticos e foi
ao banheiro, operatório
e ficou 45 min. Ite
- Pl baixo e pedrin
Pl que saiu
08 de onde retornou

1 Dig. laxe

2 Kefl. 4 - 8/6 - 12 - 14

3 metformina 500 mg 12 - 14

4 fentanil 240 mg 14 - 16

5 Dipr. 200 mg 16 - 18

6 Tilc. 200 mg 12/12h. 18 - 20

7 Tramal 100 mg 8/8h. 18 - 20

8 CCNA 100 mg 12/12h. 18 - 20

9 JSVV + CC 6a

PA: 100 x 80

SA: 93

BC: 78

17h PD: 100 x 70 mmHg

F: 88 bpm
R: 16 rpm

Dr. Gustavo Furtado
Ortopedia
CRM-RR 120

UNIDADE / SETOR HRSGOSP / INTERNAÇÃO	QUARTO / Quarto Amarelo	LEITO 23	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE JONAS L. M. V. A. V. G.			
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Drº			

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
		HORÁRIO
		OBSERVAÇÕES
05.370.016/0001-00	HOSPITAL REGIONAL SUL	
GOVERNADOR JOÃO DE SOUSA PINTO		
EST. 174 - Km 458		
CEP: 69.370-970		
BOA VISTA		
RR		
18	Dele Dize	Confere
19	Dele Dize	Com original
20	Dele Dize	
21	Dele Dize	
22	Dele Dize	
23	Dele Dize	
24	Dele Dize	
25	Dele Dize	
26	Dele Dize	
27	Dele Dize	
28	Dele Dize	
29	Dele Dize	
30	Dele Dize	
31	Dele Dize	
32	Dele Dize	
33	Dele Dize	
34	Dele Dize	
35	Dele Dize	
36	Dele Dize	
37	Dele Dize	
38	Dele Dize	
39	Dele Dize	
40	Dele Dize	
41	Dele Dize	
42	Dele Dize	
43	Dele Dize	
44	Dele Dize	
45	Dele Dize	
46	Dele Dize	
47	Dele Dize	
48	Dele Dize	
49	Dele Dize	
50	Dele Dize	
51	Dele Dize	
52	Dele Dize	
53	Dele Dize	
54	Dele Dize	
55	Dele Dize	
56	Dele Dize	
57	Dele Dize	
58	Dele Dize	
59	Dele Dize	
60	Dele Dize	
61	Dele Dize	
62	Dele Dize	
63	Dele Dize	
64	Dele Dize	
65	Dele Dize	
66	Dele Dize	
67	Dele Dize	
68	Dele Dize	
69	Dele Dize	
70	Dele Dize	
71	Dele Dize	
72	Dele Dize	
73	Dele Dize	
74	Dele Dize	
75	Dele Dize	
76	Dele Dize	
77	Dele Dize	
78	Dele Dize	
79	Dele Dize	
80	Dele Dize	
81	Dele Dize	
82	Dele Dize	
83	Dele Dize	
84	Dele Dize	
85	Dele Dize	
86	Dele Dize	
87	Dele Dize	
88	Dele Dize	
89	Dele Dize	
90	Dele Dize	
91	Dele Dize	
92	Dele Dize	
93	Dele Dize	
94	Dele Dize	
95	Dele Dize	
96	Dele Dize	
97	Dele Dize	
98	Dele Dize	
99	Dele Dize	
100	Dele Dize	

Cañuto Penco coll. Legat. ex
máx. exp. exp. Tercio de América
Herbol. de la

[illegible][illegible]

[illegible]

~~Dr. Gustavo F. Hurtado
Ortopedia
CRM-AR 1258~~

[illegible]

12	36.4°C	78	21	120x80
18	36.5°C	79	20	120x80
24	36.9°C	78	19	120x80
30	36.7°C	74	19	120x80

José Ananias L. 23

1701.19 Paciente no leito, em repouso P. Anestésico
nas pernas quixos, amarelo periferico
moderado em membros superiores, este
em jejum P.O. desde a orientacao

Confere
com origina.

537180

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 508.713.072-0
HRSOSP

05.370.016/01-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR GONCALVES DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 458
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: ____/____/____ O.S. ____

Josefina B.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 608.713.072-00
HRSGOSP

RELATÓRIO CIRURGICO

05.370.016/00-1-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONIAR DE SOUSA DINIZ
Br. 17 - Km 458
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS

① P - 67 HSEPA.

② Mepse / Ht mepse / Cyoo.

③ Encontro: fract. exp. pto. distal
no terço distal peroneo e subcondilho
com fratura pto. terço, distal

④ Manuseio lipico mecânico angulo
controlado de clava rodopente.

placido. ce plgco TCB + P + fuc. →



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amor e Trabalho"

Emergência

FICHA DE ANESTESIA

José Amante da Silva

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
<i>Guindazepam 5mg 10:00h intrav.</i> <i>Ketalar 50mg 10:00h intrav.</i>		<i>ASA 1</i> <i>17/02/89</i>
AGENTES	M 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100	
LIQUIDOS VENOSOS	<i>500ml NaCl 0.9%</i>	
DA	240	
X	220	
ULSO	200	
ANES	180	
X	160	
OP	140	
Q	120	
TEMP	100	
ASPIR	80	
A	60	
RESP	40	
Q	20	
Export	<i>100</i>	
Anest	<i>100</i>	
Contro	<i>100</i>	
SIMBOLOS		
AGENTES	DOSES	TECNICA
A <i>Neocaina 2.5mg</i>		
B <i>Bupivac 0.5%</i>		<i>B.S.A.</i>
C <i>Guindazepam 5mg</i>		
D		
E		<i>4-20/min</i>
F		
G		
GLUCOSE	LIQUIDOS	Cérebro - Nervo / Oro Faríngea
HECO		Naso / Oroquival - Cega
SANGUE		Tal - Tamp - Cefaleia do Tubo
		Bol Máscara
		Dificuldade Técnica
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA
OPERAÇÃO	<i>0.5ml Neocaina 2.5mg. Exposta para (C);</i>	
ANESTESIA	CÓDIGO	PERDA SANGUINEA
<i>ASA 1</i>	<i>01</i>	<i>0.5ml</i>

Elson Alvo da Silva
Diretor Geral
CPF: 508.713.872-00
HRS GOS

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

24-10-88
CLP: 09.370-870

Confere
com origina.

III

Confete
com orçãos
públicos

documento de identificação



140283		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		24/10/2008	
JOSÉ AMARANTE DA SILVA					
SEBASTIÃO LAGO DA SILVA					
EUZANIRA VIEIRA DA SILVA					
CHAPADZINHA - MA					
CERTID. NASC. 501 FLS 126		LIV 01		02/01/1966	
SÃO LUIZ DO ANAUA - RR					
501.404.172-20		Rita de Cássia Chelinho de Araújo		p 20	
2 VIA		Diretora do IROC			
LEI Nº 7.116 DE 28/08/83					

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO LDO C 012	
Polígrafo Direto	
do José Amante da Silva	

CPF	
Cadastro de Pessoas Físicas	
Número de Inscrição	
581.404.172-20	
Nome	
JOSÉ AMARANTE DA SILVA	
Assinatura	
12/10/2008	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013042265101
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD RENAVAM 00500346089 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSE AMARENTE DA SILVA

RR

CPF / CNPJ
581.404.172-20

PLACA
NUJ2679

PLACA ANT / UE

CHASSI
9C2KD0540DR111280

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB.
2012

ANO MOD.
2013

CAP / POT / CIL
2P/01.49CC/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
VERDE

COTA ÚNICA
PAGO

VENC. COTA ÚNICA
PAGO

VENC. / COTAS
1* *****
2* *****
3* *****

**APR 1968 COTA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$ 481.29 DATA DE PAGAMENTO 14/11/2018

SEM RESERVA DE PRECATORIO PARA SAIR AMAZ
DETRAN-RR
SAO LUIZ-RR

SAO LUIZ-RR

DATA
14/11/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013042265101 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
581. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2018

DATA EMISSÃO
14/11/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 581.404.172-20

PLACA
NUJ2679

RENAVAM
00500346089

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB.
2012

CALIBRE

CHASSI
9C2KD0540DR111280

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ 481.29

R\$ 9.03

R\$ 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)
R\$ 4.13

R\$ 30.7

R\$ 185.5

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE COTAÇÃO
14/11/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.240.658/0001-04

RECEBIDO

24 JUN 2019

Seguradora Líder DPVAT

DUT



CARTÓRIO taborelinopolis@gmail.com 55 95 8238 2068
 Av. Dr. Yandara, s/n | Centro | Rorainópolis | RR | Cep. 69.373.000

AUTENTICAÇÃO
 Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O
 referido é verdadeiro e dou fé.
 Emolumentos: R\$ 3,10 + selo: R\$ 0,00 - Total: R\$ 3,10.
 Rorainópolis - RR, 17 de junho de 2019.

GILMAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado
 VÁLIDO ASSINADO EM EMPREGO DA EMPRESA

CARTÓRIO taborelinopolis@gmail.com 55 95 8238 2068
 Av. Dr. Yandara, s/n | Centro | Rorainópolis | RR | Cep. 69.373.000

AUTENTICAÇÃO
 Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O
 referido é verdadeiro e dou fé.
 Emolumentos: R\$ 3,10 + selo: R\$ 0,00 - Total: R\$ 3,10.
 Rorainópolis - RR, 17 de junho de 2019.

GILMAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado
 VÁLIDO ASSINADO EM EMPREGO DA EMPRESA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013042265101
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00500346089 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSE AMARENTE DA SILVA

RR

CPF / CNPJ 581.404.172-20 PLACA NUJ2679

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KD0540DR111280

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD ANO FAB 2012 ANO MOD 2013

CAP / POT / cil 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERDE

COTA ÚNICA *PAGU* VENC. COTA ÚNICA *PAGU* 1ª ***** 2ª ***** 3ª *****

PREMIO TARIFARIO R\$ 81.29 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$ 90.33

PREMIO TOTAL R\$ 171.62 DATA DE PAGAMENTO 14/11/2018

SEM RESERVA **PROIB SAIR AMAZ**
OCID * **DETRAN-RR**

LOCAL SAO LUIZ-RR DATA 14/11/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013042265101 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
581 - PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 14/11/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 581.404.172-20 PLACA NUJ2679

RENAVAM 00500346089 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB 2012 DATA 9C2KD0540DR111280

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ 81.29 R\$ 9.03 R\$ 90.33

R\$ 90.33 R\$ 0.7 R\$ 91.03

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTICAÇÃO 14/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.808/0001-04

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190215457
Nome do(a) Examinado(a):	JOSE AMARANTE DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	18, SN, CENTRO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	581.404.172-20
Data e local do acidente:	17/01/2019 SÃO LUÍS DO ANAUA RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 16/09/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO DE MOTO/ANIMAL COM CONSEQUENTE FRATURA EXPOSTA DO MIE

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ OSTEOSINTESE, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM MARÇO DE 2019

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

MIE: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM TORNOZELO E + LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO + DISCRETO COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO

IV) Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

TORNOZELO E: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL MODERADO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): TORNOZELO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) . * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

ENDEREÇO ATUAL: VICINAL 18, KM 17, SÍTIO SÃO JOSÉ, MUNICÍPIO SÃO LUÍS DO ANAUÁ- RORAIMA



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

PROTOCOL



1 DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Wittoria: *For Amnerth do I live*

Data do Abêntende: 27/01/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 501.400.177-70

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
 - Todos os documentos devem estar legíveis
 - Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradorallder.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: 4020-15966
- Capitais e regiões metropolitanas: 4020-15966
 Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada

☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☒ Laudo de Invalidez do INVL – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada

☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)

☒ CPF da vítima (cópia simples)

☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)

☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (freios e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos dos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não

☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não

☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)

☐ CPF da vítima (cópia simples)

☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)

☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)

☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)

☐ Formulário do Pedido da Seguro DPVAT (original)

☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MÓRTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados;

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador do documento (Nome):	José Amador da Silva		
Quem é o portador?	☒ Vítima	☐ Beneficiário	☐ Representante legal
E-mail:	jmaio@com		
Data:	01/07/2018	Assinatura	Assinatura do S. 444
		CPF do portador:	582.404.372-20
		Tel:	03 38803-0065

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Assiduidade (Nome do ponto):		Custume Prima de Viagem	
Atendente:		Matricula:	
AC Puerariópolis		80700375	
Data:	Assinatura		
01/07/2019	 Manoel Lima Diretor Geral		



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:

Nome: ROSÂNGELA DO PRADO Possível CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 583.404.312-20

Data do Acontecimento: 17/03/2019 PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DANOS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (freelance e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original) 0000

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☒ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☒ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☒ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANH(EIROA)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANH(EIROA) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheir(o)a, e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILH(O)A OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINH(O)A)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal

E-mail:

Data:

Assinatura

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente:

Data:

Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA
SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/03/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

JOSE AMARANTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Número do Sinistro: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA
SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

DUT

Outros

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/04/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

JOSE AMARANTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Número do Sinistro: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Outros



Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/06/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

JOSE AMARANTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2019
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco
CPF: 127.603.687-69

Rodrigo Lopes Pacheco

Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

3190 215457

☒ Aguardando status e/ou Erro sistêmico

☐ Solicitação 07

☐ Solicitação 06

☐ Caixa Redistribuição

☐ Atraso por consulta ao site da Receita Federal

☐ Outros

Outros



Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
24/06	

01/07 - 03/07 - 05/07 - 08/07 - 12/07 - 15/07 - 18/07
22/07 - 25/07 - 05/08

Nome: Rodrigo Pacheco

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Número do Sinistro: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA
SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

DUT

Outros

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

JOSE AMARANTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco
CPF: 127.603.687-69

Rodrigo Lopes Pacheco

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Número do Sinistro: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Comprovante de residência

Uniqos



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

JOSE AMARANTE DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190215457 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM TORNOZELO ESQUERDO, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190215457 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM TORNOZELO ESQUERDO, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECU DEFICIÊNCIA NO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190215457 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: % SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190215457 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/03/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

JOSE AMARANTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO