
Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200256882

Vítima: ENDERSON GOMES DE LIMA

Data do Acidente: 02/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ENDERSON GOMES DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200256882

Vítima: ENDERSON GOMES DE LIMA

Data do Acidente: 02/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ENDERSON GOMES DE LIMA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200256882

Vítima: ENDERSON GOMES DE LIMA

Data do Acidente: 02/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ENDERSON GOMES DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 675,00 |

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ENDERSON GOMES DE LIMA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000001383-8

Conta: 000001002459-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORT

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista-RN, 27 de Abril de 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

**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: 6033/2020 - Registrado em: 06/07/2020 às 11h 27min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 02/05/2019 às 21h 45min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: JOSE CASSIMIRO DA SILVA COM MANOEL JOAQUIM Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: PINTOLANDIA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ENDERSON GOMES DE LIMA(29), nascido(a) em 20/02/1991, sexo MASCULINO, solteiro(a): exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 016.014.672-06, País BRASIL, natural de MANAUS-AM, filho(a) de MARIA DA CONCEIÇÃO LIMA DA SILVA e , endereço: MERIDIONAL, cep: 69317-356, Nº: 66, bairro: JARDIM EQUATORIAL, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99136-2698

OBJETOS

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG, ANO : 2010, CHASSI: 9C2JC4110AR068379, DE PLACA: NAS-8059, DE PROPRIEDADE DE BRUNO TEIXEIRA DE SOUZA NO ENDEREÇO ACIMA QUANDO AO PARAR NO CRUZAMENTO UMA MOTOCICLETA POP QUE VINHA NA RUA MANOEL JOAQUIM MARTINS FEZ A CURVA BRUSCAMENTE COLIDINDO DE FRENTE COM O COMUNICANTE. MESMO NÃO SABE OS DADOS DA MOTOCICLETA POIS O CONDUTOR EVADIU-SE DO LOCAL. O COMUNICANTE INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU NO LOCAL DO ACIDENTE E LEVADO PARA O COSME E SILVA PELA POLICIA MILITAR. E EM SEGUIDA LEVADO PARA O HGR. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRICULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRICULA: 42000432
ASSINADO ELETRONICAMENTE


ENDERSON GOMES DE LIMA
COMUNICANTE

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ENDERSON GOMES DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01383-8

CONTA: 000001002459-5

Nr. Autenticação

BRADESCO240920200500000000002370138300000100245967500 PAGO

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.420/0001-44 (Insc. Estadual: 24.052.022-3)
Nota Fiscal e Tarifa de Energia Elétrica - Série 0-1
Registro Especial de Imprensa autorizado pela SUPAZ 2003/13

Nº da Nota Fiscal: 4280019

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.433 de 26 de abril de 2002 FCAM

DEZEMBRO/2019

06/01/2020

503

407,57

MARIA DO ROSARIO DIAS BONILHA
R. MERIDIONAL 66 - EQUATORIAL
CEP: 69.317-356 - BOA VISTA

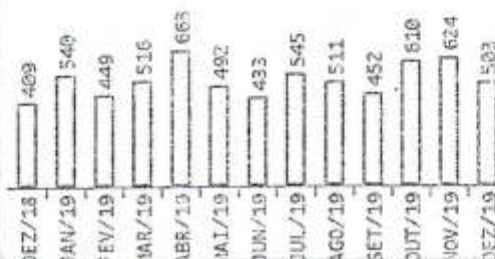
CONJUNTO CRUVIANA I

| DADOS DA LEITURA ANTERIOR | DADOS DA LEITURA | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Ativo: 47321 | Ativo: 10 12 2019 | Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1 |
| Anterior: 47320 | Anterior: 23 11 2019 | Categoria/Qualidade: RESIDENCIAL |
| Endereço: 20 | Endereço: 20 12 2019 | Uso: PNO |
| Endereço: 20 | Endereço: 19 12 2019 | Número Medidor: E771199 |
| Consumo anterior: 101 | Apresentação: 0 12 2019 | Forma de Faturamento: NORMAL |
| Consumo faturado: 503 | | Modalidade: |

CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA

503 A R\$ 0,760131 = 382,34
25,23

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 503 - R\$ 0,617770



Média 12 meses: 529

MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FIQUE CIENTE DO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 13/12/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 9255.3FA3.849B.443A.098E.066E.56CA.5956

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$ | |
|---------------------------|-----------------|------------------------------|-------|
| Energia: 240,92 | Encargos: 11,77 | Base de Cálculo: 17,00% | 44,93 |
| Transmissão: 0,30 | Tributos: 71,58 | P.S.: 8,38% | 1,13 |
| | | COPINS: 1,42% | 5,44 |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | | | | | |
|-----------------------------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|
| | DO | DE | DE | DE | DE | DE | DE |
| | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal |
| Índice | 8,85 | 17,70 | 35,40 | 8,46 | 16,92 | 33,84 | 4,82 |
| Índice | 1,40 | | | 3,00 | | | 1,23 |

Conjuntos DISIRIHO Período de segurança: 10/2019 FASE: 200,14

ROT: 7.001.28.07.151300

RORAIMA ENERGIA

INSTITUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.420/0001-44
Insc. Estadual: 24.052.022-3

SEU CÓDIGO

0106652-8

TOTAL A PAGAR - R\$

407,57

MÊS FATURADO

12/2019

VENCIMENTO

06/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 4280019

FCAM

83690000004 0 07570075000 5 00000000106 5 65281219008 8



SEQ.: 0249 UC: 0106652-8 DT. LEIT.: 20/12/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 47823 NORMAL TOTAL: 407,57 CARGA: 027
DT. VENC.: 06/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4141

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

| | | |
|-------------------------|-------------------------|---|
| CÓDIGO ÚNICO 1089170 | MÊS 05/2020 | PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh) 653 | VENCIMENTO 11-JUN-20 | TOTAL A PAGAR R\$ 554,71 |

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

| | | |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO 1089170 | MÊS 05/2020 | TOTAL A PAGAR R\$ 554,71 |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|

750009.000000001081.917005200055



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG, PASSAPORTE)
114807 SSP RR

CPE
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PLACAO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

CHIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO
ACC
CATABR
AB

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITACAO
15/12/1999

VALIDADE EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
980151096

APROVADO
01101912304

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

980151096

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos canais 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 11 11

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=29546>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras sejam obrigadas a manter o 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.

Se o segurado fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, sendo a determinação da referida Circular, esta medida é passível de comunicação ao COAF.

PREVENÇÃO DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. **CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS** - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA ECONOMIA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES PREJUDICIAIS NA LEI Nº 9.613/98.

Exposto em: Elvir Inácio de Souza
Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 383.051.512-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Renderson Gomes de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.034.672-06
Beneficiário de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Renderson Gomes de Lima
inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.034.672-06 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 informado, sob pena de ser considerado culpado de falsidade de residência e do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Rua: Antônio Pinheiro Galvão
Cidade: Boa Vista
UF: Suritiba
E-mail: Elvir@netmail.com

Número: 3832
Estado: RR CEP: 69.309-209
Tel. (DDD): (95) 99154-4282

Local e Data:

Assinado por Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
POLICLÍNICA COSMÉTICA
RUA DEAGLAN VERA'S, S/N, PINTOLÂNDIA

* Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Vermelho

Vermelho

Vermelho

Laranja

Laranja

Laranja

Amarelo

Amarelo

Amarelo

Verde

Verde

Verde

Azul Ass.

Azul Ass.

Azul Ass.



| | | | |
|--------------|---|------------------------------------|-----------------|
| 00545000 | 00/05/2019 21:31:30 | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA | |
| Nome | ENDERSON GOMES DE LIMA | Data Nascimento | 20/02/1981 |
| Idade | 38 A 2 M 10 D | CNS | 705007076639454 |
| CPF | 01601467200 | CPF | 01601467200 |
| Documento | 2802707-0 | Órgão Emissor | SSP/AM |
| Data Emissão | 26/03/2009 | Sexo | M |
| Estado Civil | UNIAO | Raça/Cor | PARDA |
| Naturalidade | MANAUS - AM | Nacionalidade | BRASILEIRA |
| Endereço | MARIA DA CONCEIÇÃO LIMA DA SILVA | Contato | (92) 99332-6767 |
| Ocupação | EVANDRO SILVA GOMES | Ocupação | |
| Endereço | BOA VISTA - MERIDIONAL - 66 - CRUVIANA - BOA VISTA - RR | | |

| | | | | | |
|-------------------------|--|------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Plano de Risco | Plano Convênio | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis. Pronto |
| | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | | | |
| Objetivo do Atendimento | Caráter do Atendimento | Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso |
| PA - PRONTO ATENDIM | URGENCIA | | | | |
| Idade | Tipo de Chegada | Procedimento Sol. | | | |
| ADULTA | DEMANDA ESPONTANEA | | | | |
| Queixa Principal | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | |

| | | |
|---|------------------------------------|-------|
| Anamnese da Enfermagem | GSC | TOTAL |
| | AO: 12 34 RV: 12 345 MRV: 12 3 456 | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h) | | |

| | |
|--------------|--|
| Exame Físico | |
|--------------|--|

| | |
|----------------------|--|
| Hipótese Diagnóstica | |
|----------------------|--|

| | |
|--|--|
| ADT - Exames Complementares | |
| <input type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: | |

| PRESCRIÇÃO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|------------|-------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|---|--|
| Conduta | |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelar <input type="checkbox"/> Transferência para: | <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: |

| | |
|--|--|
| Alto | |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica |

| | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| Assinatura do Paciente ou Responsável | Carimbo e Assinatura do Médico |
|---------------------------------------|--------------------------------|

| | |
|----------------------------------|--|
| Impressão por: nadia.level | |
| Data e hora: 02/05/2019 21:52:27 | |

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

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Verão

1901104886 03/05/2019 00:33:12

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 1

Paciente **ENDERSON GOMES DE LIMA**

Tipo Doc Documento **IDENTIDADE 2602707-0**

Órgão Emissor **SSP/AM** Data Emissão **26/03/2009** Sexo **M**

Data Nascimento **20/02/1991**

Idade **28 A 2 M 11 D**

CNS **705007076639454**

CPF **01601467206**

Prontuário

Mãe **MARIA DA CONCEIÇÃO LIMA DA SILVA**

Estado Civil **UNIAO**

Raça/Cor **PARDA**

Naturalidade **MANAUS - AM**

Nacionalidade **BRASILEIRA**

Endereço **RUA - MERIDIONAL - 66 - CRUVIANA - BOA VISTA - RR**

EVANDRO SILVA GOMES

Contato **(92) 99332-6767**

Ocupação

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 **DEMANDA ESPONTANEA**

Procedimento Sol.

Registrado por:

LIDIANE.OLIVEIRA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril

☐ Sintomático Respiratório

☐ Suspeita de Dengue

Queda moto após colisão com muro

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - *15* h)

GSC

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

TOTAL

15

Cirurgia em 24h

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Fratura exposta

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) Tetracil 20mg

2) 12 comprimidos 12h

3) Clotrexal 2mg

4) ATG 500mg

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Paulo Cesar Vianna Stocker
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 2502134-TE

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: *ORTOPEDIA*

☐ 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 Médica
Kelly Duarte
CRM/RR 1708

Impresso por: lidiane.oliveira
Data Hora: 03/05/2019 00:33:59



Ort Dr Vitor Parana

Pct Vítima do acidente trânsito S 7

RX não há evidência de fr e pl D

EF - ADM S/ restrição

• não há exposição osse

• traçar corte com o eixo 03° 23° MS T (D)

CS: S/ contato de emergência ortopédica, retornar ao

67

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995

03/05/19

Paciente com lesão ao RA esquerdo

De forma de fratura distal do 3º metacarpo

⊕ Paciente possui RA SINO usado há 10 dias

Que não identifica a fratura descrita

TAMAMENY
Cirurgião Geral
CRM-RR 1995



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

| | | |
|-------------------------|-------------------------|---|
| CÓDIGO ÚNICO 1089170 | MÊS 05/2020 | PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh) 653 | VENCIMENTO 11-JUN-20 | TOTAL A PAGAR R\$ 554,71 |

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

| | | |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO 1089170 | MÊS 05/2020 | TOTAL A PAGAR R\$ 554,71 |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|

750009.000000001081.917005200055



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG, PASSAPORTE)
114807 SSP RR

CPE
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PLACAO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

CHIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO
ACC
CATABR
AB

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITACAO
15/12/1999

VALIDADE EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
980151096

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

ASSINATURA DO PORTADOR

980151096

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200256882 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ENDERSON GOMES DE LIMA **Data do acidente:** 02/05/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau médio - 50 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Total | | | 5 % | R\$ 675,00 |

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:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/20

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1383

CONTA:

1002459

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista-RN, 27 de Abril de 2020

TESTEMUNHAS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

| | |
|----------------|-------------------------------|
| NOME: | ENDERSON GOMES DE LIMA |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro |
| PROFISSÃO: | OP. maquina |
| IDENTIDADE: | 564318-0 |
| ENDEREÇO: | R: meridional 66 cond. medica |

OUTORGADO

| | |
|----------------|---------------------------|
| NOME: | Paulo Inacio de Souza |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro |
| PROFISSÃO: | Autônomo |
| IDENTIDADE: | 114.807 SSP-RR |
| ENDEREÇO: | R: Antonio p. Galvão 1833 |

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: 02/05/2019, cobertura Smolality, vítima: ENDERSON GOMES DE LIMA

Boa Vista RR 27/04/2020

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alade Teiva, 4567 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (93) 3627-4186
daniel@boavista2cartorioaquino.com.br

193814.5e4d2181758d
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
** ENDERSON GOMES DE LIMA

193.814

Em testemunho da verdade, RLPB
De que dou fé Boa Vista RR, 27 de abril de 2020.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portal.sejm.com.br
REC/FIR15829522KQATBWVJ12U66J

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos ISS: R\$ 0,65 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71

Handwritten signature: Maria Oliveira de Aquino
Escritura Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202258/20

Número do Sinistro: 3200256882

Vítima: ENDERSON GOMES DE LIMA

CPF: 016.014.672-06

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 02/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ENDERSON GOMES DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/08/2020
Nome: ENDERSON GOMES DE LIMA
CPF: 016.014.672-06

ENDERSON GOMES DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA