

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, 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



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, 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





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, 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 inc

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%)

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, retorno 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

A Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MOF
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>036.034.673-06 Anderson Gomes de Lima</i>			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2					
5 - Nome completo:	6 - CPF:		9 - Número:	10 - Complemento:	
7 - Profissão: <i>Autônomo</i>	8 - Endereço: <i>Meridional</i>	12 - Cidade: <i>Boa Vista</i>	13 - Estado: <i>R.R</i>	14 - CEP: <i>69.357-356</i>	16 - Tel.(DDD): <i>(95) 99554-4289</i>
11 - Bairro: <i>Equatorial</i>	15 - Email: <i>flavirr@hotmail.com</i>				
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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				

DADOS CADASTRAIS
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: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

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

- Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que 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 invalides 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE
MORTE
NÃO ALFABETIZADO
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado
001 da vítima

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 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
nasceu (não 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 Lider 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
víma 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, *Boa Vista/R.R, 27 de Abril de 2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 as 21h 45min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: JOSE CASSIMIRO DA SILVA COM MANOEL JOAQUIM N°: S/N
MARTINS

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 COLIDIINDO DE FRETE 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 ELEVADO PARA O COSME E SILVA PELA POLICIA MILITAR, E EM SEGUIDA LEVADO PARA O HGR, E O RELATO

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

JOSE R. C. ARAUJO
POLICIAL CIVIL
MATRICULA: 42000432
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


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: 00001002459-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2409202005000000000237013830000100245967500 PAGO



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Cap. Rui Emílio Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Insc. Estadual: 24.001.022-0
Nota Fiscal: Companhia de Energia Elétrica - Série B-4
Regime Especial de Impostos autorizada pela SRT/RZ 200/13.

Pasta da Nota Fiscal
e Conta de Físico
0106652-8

SEU CÓDIGO
0106652-8

Nº da Nota Fiscal: 4280019

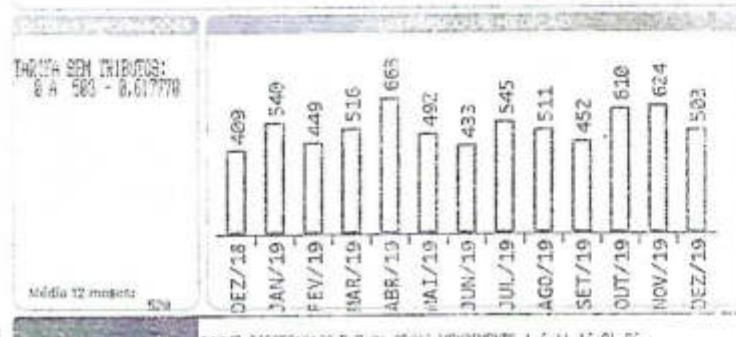
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.403 de 26 de abril de 2007 - FCAM®

DEZEMBRO/2019 06/01/2020 503 407,57
CONJUNTO CRUVIANA I

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

DADOS DA LEITURA - ONUH		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Mês:	47823	Anual:	10.12.2019	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.1
Leitura:	47826	Anterior:	02.11.2019	Endereço/Unidade:	RESIDENCIAL
Pla leitura:	38	Próxima leitura:	01.02.2020	Ligação:	MONO
Últ. leitura Multiplicador:	1.000	Entrega:	19.12.2019	Número Medidor:	67705199
Consumo medidor:	503	Apresentação:	01.12.2019	Período de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	503			Modalidade:	

CONSUMO 503 A R\$ 0,760132 = 382,34
ILUMINACAO PUBLICA 25,23



RESERVADO AO FISCO		9255.3FA3.849B.443A.098E.066E.56CA.5956	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Despesas:	207,92	Encargos:	11,77
Impostos:	41,87	Tributos:	71,54
Transmissão:	0,39	Base de Cálculo:	17.00%
		ICMS:	04,93
		PIB:	1,13
		COFINS:	5,44

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DO	DE	DO	DE	DO	DE
Mensal	Diariamente	Anual	Mensal	Bimestral	Anual
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84
Realizado	1,40		3,00		1,23

PERÍODO: 01/10/2019 - 31/10/2019
PERÍODO DE FATURAMENTO: 01/10/2019 - 31/10/2019

ROT: 7.001.28.07.151300 SEU CÓDIGO 0106652-8 TOTAL A PAGAR - R\$ 407,57



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Cap. Rui Emílio Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Insc. Estadual: 24.001.022-0

SEU CÓDIGO

0106652-8

TOTAL A PAGAR - R\$

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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos seguintes telefones: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 Ouvintes: 0800 071 11 11

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistros, conforme estabelece a Circular número 445/12.

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DO/ORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29546>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os Seguradores devem informar o endereço de residência envolvida no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação, outras informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

É importante frisar que as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, quando, dentro da referida Circular, esta excusa é passível de comunicação ao COAF.

INSTITUIÇÃO DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA, CAPITALIZAÇÃO E INSS E GUARDA; CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FINANÇA, SEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE LAVAGEM DE DINHEIRO, PREVISTAS NA LEI N° 9.613/98.

Declaro, fui ciente de que

in exposto em Gloria Francisca de Souza
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.552-04

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

Anderson Gomes de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.034.672-06

titular da DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Anderson 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 à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexo à presente declaração de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção prevista no art. 299 do Código Penal.

Rua: Antônio Pinheiro Galvão
Bairro: Boa Vista
Cidade: Belo Horizonte
E-mail: glorier@hotmail.com

Número: 3032 Complemento: _____
Estado: BR CEP: 69.309.209
Tel.(DDD): (31) 99154-4282

Local e Data:

Assinatura do declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
POR CAUSA DA SERRA
RODRIGO VIEIRA, GRN., PINTO LINDA

1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>	Amaral	<input type="checkbox"/>	Amaral	<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Amaral	<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.
<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.



905469003 00/03/2019 21:31:30

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19-20

SISTEMA EPI

01601467206

Nacionalidade

BRASILEIRA

(92) 99332-6767

Ocupação

NADIA.LEVEL

GSC

AO. 12345 RV. 12345 MW. 123450

TOTAL

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

1ª Classificação
Reclassificação
() Vermelho
() Laranja
() Amarelo
() Verde
() Azul Ass.:

Reclassificação
() Vermelho
() Laranja
() Amarelo
() Verde
() Azul Ass.:

Reclassificação
() Vermelho
() Laranja
() Amarelo
() Verde
() Azul Ass.:

NOTURNO 19- 1

Prontuário

CPF 07

01601467206

Nacionalidade

BRASILEIRA

Contato (92) 99332-6767

Ocupação

Sis Prenatal

Pressão

Registrado por:
LIDIANE.OLIVEIRA

Peso

Temp.

Validade

Autorização

Data Nascimento

Data Nascimento

Idade

28 A 2 M 11 D

CNS

705007076639454

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

MANAUS - AM

EVANDRO SILVA GOMES

Profissional do Atend.

Procedência

Procedimento Sol.

Pro

Ort de Vito Parent

Pct Vitem do accidente trânsitico
Rx não ha eviden da frx no pe

EF - ADm SI resolução

· não ha exposição direta

· traço corta contus entre o joelho e o t

cl: SI contus de origem óssea, retor ou

OT

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
CRM-RR 1995

03/05/19

Paciente com suspeita de Fratura

Dr. Fábio de Freitas D.SIM 203º Promotor

② Paciente deixa PR sem uso de Poco Desmaio

Onc não identifica a lesão descrita

TAMARÉNER 19
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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	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	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	05/2020	R\$ 554,71



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

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MOF	
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: <i>036.034.672-06</i>	4 - Nome completo da vítima: <i>Anderson Gomes de Lima</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2					
5 - Nome completo: <i>Anderson Gomes de Lima</i>		6 - CPF: <i>036.034.672-06</i>	9 - Número: <i>66</i>	10 - Complemento: <i>Rua Boa Vista</i>	
7 - Profissão: <i>Autônomo</i>		8 - Endereço: <i>Meridional</i>	13 - Estado: <i>RR</i>	14 - CEP: <i>69.357-356</i>	
11 - Bairro: <i>Equatorial</i>		12 - Cidade: <i>Boa Vista</i>	16 - Tel. (DDD): <i>(95) 99554-4289</i>		
15 - E-mail: <i>floriv@Hotmail.com</i>					
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:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:					
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO		<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)		<input type="checkbox"/> Nome do BANCO: _____			
<input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					
AGÊNCIA: <i>1383</i>		CONTA: <i>1002459 5</i>	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora 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					
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p> <p>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.</p>					
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima			
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? 31 - Vítima teve irmãos?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - 1º Nome: _____ CPF: _____					
Assinatura da testemunha					
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____					
Assinatura da testemunha					
40 - Local e Data, <i>Boa Vista/RR, 27 de Abril de 2020</i>					

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	<u>Anderson Gomes de Lima</u>
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>
PROFISSÃO:	<u>OP. magene</u>
IDENTIDADE:	<u>564318-0</u>
ENDEREÇO:	<u>R: Meidiçanal 66 ap. 101c</u> OUTORGADO
NOME:	<u>Salim Góesio de Souza</u>
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Atormento</u>
IDENTIDADE:	<u>114.807 SSP-RR</u>
ENDEREÇO:	<u>R: Antônio J. Salazar 1833</u>

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 constituí o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 02/05/2019, cobertura Incidentes, vítima: Anderson Gomes de Lima.

Boa Vista RR 27/04/2020

LOCAL E DATA

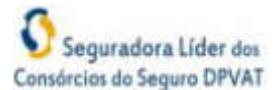


ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/05/2019

Titular do CPF: ENDERSON GOMES DE LIMA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ENDERSON GOMES DE LIMA

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA