
Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115079

Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES

Data do Acidente: 27/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVERALDO SILVA MARQUES

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, 21 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115079

Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES

Data do Acidente: 27/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), EVERALDO SILVA MARQUES

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15648147



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:

311.263.162-53

4 - Nome completo da vítima:

EVERALDO SILVA MARQUES

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

5 - Nome completo:

EVERALDO SILVA MARQUES

7 - Profissão:

F. PÚBLICO

8 - Endereço:

R. PROF. MARIA DO C.L. CARVALHO

6 - CPF:

311.263.162-53

9 - Número:

256

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SILVIO BOTELHO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314-493

15 - E-mail:

SANTANA.CUIMARAS.RA@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(95) 99169-3685

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: 3906

CONTA: 19.996

(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 (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-RR, 09/04/2020

EVERALDO SILVA MARQUES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001197/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/01/2020 10:42 Data/Hora Fim: 09/01/2020 11:07
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 27/12/2019 11:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Dr. Silvio Botelho

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

20005: ACIDENTE COM LESÕES

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EVERALDO SILVA MARQUES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 52 anos

Naturalidade: PA - Santarém

Profissão: Funcionário Público

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Anita da Silva Marques

Nome do Pai: Alvino Vieira Marques

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 311.263.162-53

RG - Carteira de Identidade: 187584

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R N-25

Bairro: Doutor Silvio Botelho

Telefone: (95) 99153-9380 (Celular)

Nº: 256

CEP: 69.314-493

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 311.263.162-53

Renavam 00907019323

Ano/Modelo Fabricação 2007/2006

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA NXR 150 BROS ESD

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAT 1891

Número do Chassi 9C2KDO3107R010137

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado



Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho
Impresso por: José Maria de Souza Moura
Data de Impressão: 09/01/2020 11:07
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA


Nº: 001197/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Everaldo Silva Marques	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Marca/Modelo HONDA BIZ	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O senhor acima qualificado, compareceu a esta delegacia para nos informar que conduzia sua motocicleta na rua N 21 e que quando o sinal abriu para que ele entrasse na rua S 02, foi atingido pela motocicleta BIZ, conduzida por uma mulher, que chegou a parar, mas logo fugiu do local, por isso ele não sabe o nome e nem lembra a cor da BIZ; que devido o acidente a vítima teve alguns dedos do pé esquerdo fraturados; que a vítima foi socorrido por populares e conduzido ao Trauma do Hospital Geral de Roraima. este é o relato do fato.

ASSINATURAS


José Maria de Souza Moura
Agente Carcerário
Matrícula 42000193
Responsável pelo Atendimento


Everaldo Silva Marques
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0035988-2

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Guebara, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual 24.007.022-3)
Pula Rápido / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4208304

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.472 de 26 de abril de 2002. FCM*

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	11/01/2020	50	255,90

VERALDO SILVA MARQUES
R. PROF MARIA DO C L CARVALHO 256 - DR. SILVIO BOTELHO
CPF: 00031126316253
CEP: 69.314-493 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 060H	Atual: 12-12-2019	Grupo/Subgrupo: 1-1-1-2
Anterior: 050H	Anterior: 12-11-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 12-01-2020	Ligação: BIPHASICA
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 11-12-2019	Número Medidor: 13LDS99786
Consumo medido: 25	Apresentação: 12/12-2019	Forma de Faturamento: MENSAL
Consumo Faturado: 50		Modalidade: R 1420468

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
RELIGACAO	50 A R\$ 0,760131 =	38,00
RELIGACAO A REVELIA ART 175 RE		11,11
ILUMINACAO PUBLICA		175,26
		31,53

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 50 - 0,617770

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

PROVINDO RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 E NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: AVALIADO MÊS
-2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL Nº 2.634 DE 29.10.2019.
LIGUE 08007019120 E FAÇA O CADASTRO VENCIMENTO 16 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 11/12/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

5821.8CD7.8722.61F6.3A30.F683.50D9.8A90

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Força:	Encargos: 1,17	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA VALOR
Distribuição:	Tributos: 7,11	ICMS:	17,00% 5,46
Transmissão:		PIS:	0,30% 0,11
		COFINS:	1,42% 0,54

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
BNC			RC			DMC	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	DMC
0,09	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,05	
0,00			0,00				
DISTRITO			Período de apuração: 10/12/19			EURO: 0,00	

ROT: 28.001.26.18.125000



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

SEU CÓDIGO

0035988-2

MÊS FATURADO

12/2019

Nº da Nota Fiscal

4208304

TOTAL A PAGAR - R\$

255,90

VENCIMENTO

11/01/2020

FCAM*

83610000002 2 55900075000 5 00000000035 6 98821219008 2



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

Nº da Nota Fiscal: 4052960

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

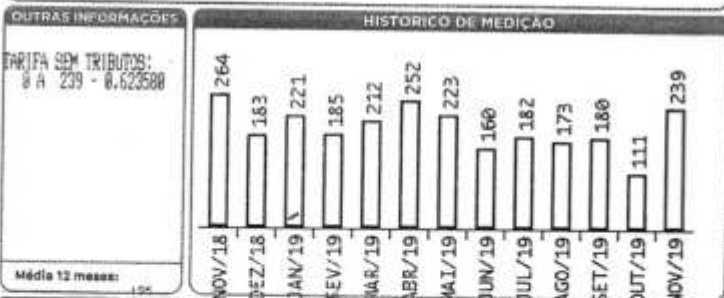
CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	11/12/2019	239	213,86

ROMARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 00087608650249

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 26102	Atual: 19/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 25963	Anterior: 21/10/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 28	Próxima leitura: 12/12/2019	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 14/11/2019	Número Medidor: 11EDB01138
Consumo medido: 139	Apresentação: 9/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 239		Modalidade: N 1521363

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	239 A R\$ 0,771640 =	184,42
		29,44



MENSAGENS IMPORTANTES

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/12/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 1.580,14 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
10/2019 114,37

REAVISO DE VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019120 E FAÇA ORÇÃO VENCIMENTO 11/6/11/16 21 26

RESERVADO AO FISCO				IMPOSTOS/CONTINUIDADES - R\$				
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				BASE DE CÁLCULO E VALORES				
Energia:		Encargos:		Base de Cálculo:	ICMS:			
Distribuição:	95,72	Tributos:	0,64	184,42	PIS:	17,08%	31,35	
Transmissão:	43,69		35,37		COFINS:	0,37%	0,69	
	0,00					1,00%	0,00	
INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIO			FIC			DMC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Complemento	DISTRITO			Período de apuração: 09/12/2019			EURO: 59,05	

ROT: 8.001.16.07.011700



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

SEU CÓDIGO

0032588-0

TOTAL A PAGAR - R\$

213,86

MÊS FATURADO

11/2019

VENCIMENTO

11/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4052960

FCAM*

83620000002 1 13860075000 2 000000000032 3 58801119008 3



SEQ.: 0262 UC: 0032588-0 DT.LEIT.: 19/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 26102 NORMAL TOTAL: 213,86 CARGA: 003
DT.VENC.: 11/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4141

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/bibi/lootecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ SANTANA FEITOSA GUIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GERALDO SILVA MARQUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.263.162/53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima GERALDO SILVA MARQUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.263.162/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA GIDEÃO</u>	Número <u>312</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>
Email <u>SANTANA.GUIMARAESRR@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>95/99169-3685</u>

BOA VISTA, 10 de MARÇO de 2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

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

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

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

1901202549

27/12/2019 13:15:17

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

14

Paciente **EVERALDO SILVA MARQUES** Data Nascimento **27/11/1968** Idade **51 A 1 M 0 D** CNS **700000568859302** CPF **31126316253** Prontuário **00042872**
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **SSP/PA** Data Emissão **M** Sexo **M** Estado Civil **PARDA** Raça/Cor **PARDA** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **ANITA DA SILVA MARQUES** Pai **ALBINO VIEIRA MARQUES** Contato **(95) 99153-9380**
Endereço **RUA - N-22 - 91 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **URGÊNCIA** N° da Carteira **DEMANDA ESPONTANEA** Validade **Procedência** Autorização **Temp.** Sis Prenatal **Peso**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedimento Sol.** Registrado por: **ANTONIA.SOARES**
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

NÃO INFORMADA

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

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

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 27/12/2019 13:16:34



1901202549

21/11/11 Ortopedia (Dr. Norberto)

paciente vítima de acidente de
trânsito com trauma direto
em pé (E) apresentando fr

atura de 2^a, 3^a e 4^a MTF (E)

CS: Imobilização com tala

cessária

Analgesia

em uso

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2020



ESQUERDO



EVERALDO SILVA MARQUES
51 ano(s) 27-11-1968

27-12-2019 12:36:13
POLICLINICA COSME E SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE BOMBAIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO UOLIO CRUZ

 Polegar Direito 

Everaldo Silva Marques
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 187584 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/04/2019

NOME
EVERALDO SILVA MARQUES

FILIAÇÃO
ALVINO VIEIRA MARQUES
ANITA DA SILVA MARQUES

SAN. ARÉM - PA
DOC. CHIGEM

DATA DE NASCIMENTO
27/11/1968

CERTD CAS 2079 FLS 279 LTV B-07
2 OF BOA VISTA - RR

311. 63.162-53
2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Ponto de Registro de Polícia Civil
Diretor de ROR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

DDO-ENTIDADE / CNH EMISSORUE
1148763993 SSP-MA

CPF
627.942.803-68

DATA NASCIMENTO
26/07/1979

PLACAO
NEURIVAN LOPES
GUIMARAES
LUEZIA FEITOSA
GUIMARAES

PERMISSAO
ACC
CATHAR
AB

NUMERO
03412152366

VALIDADE
28/05/2023

HABILITACAO
11/10/2004

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSAO
29/05/2018

ANTONIO FRANCISCO RESENHA BARBOSA
DIRETOR PRESENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

1650874125

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013833282710
VIA COD RENAVAM ENTRC EXERCÍCIO
01 012907012203 2019

EVERALDO SILVA JACINTES

311.263.162-53 PLACA
NAT1891

PLACA ANT/UF
311.263.162-53 NAT1891

ESPECIE DE VEICULO
PAB/MOTOCICLETA/ANGEL BILHETE

MARCA/MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESD

CAP/POT/CIL
2P/0149CC/

CATEGORIA
PARTICU

COMBUSTIVEL
GASOLINA

ANO FAB
2006

ANO MOD
2007

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
VENO COTA ÚNICA

PREMIO TARIFARIO (R\$)
R\$ 10,00

DATA DE PAGAMENTO
02/10/2015

SEM RESERVA DE DOMÍNIO - FÓRMULA SAI R. DA R.
TARZ DE R.
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

RR Nº 013833282710 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1284

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
08/10/2015

PLACA
NAT1891

DEP / CNPJ
311.263.162-53

MARCA/MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB
2006

ANO MOD
2006

COTA ÚNICA
VENO COTA ÚNICA

PREMIO TARIFARIO
R\$ 10,00

DATA DE PAGAMENTO
02/10/2015

SEM RESERVA DE DOMÍNIO - FÓRMULA SAI R. DA R.
TARZ DE R.
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

DATA
02/10/2015

SEM RESERVA DE DOMÍNIO - FÓRMULA SAI R. DA R.
TARZ DE R.
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA


SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

013833282710

02/10/2015

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091230/20

Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES

CPF: 311.263.162-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVERALDO SILVA
MARQUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

EVERALDO SILVA MARQUES : 311.263.162-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200115079 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES **Data do acidente:** 27/12/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DE METATARSOS (3º AO 5º) DO PÉ ESQUERDO. P.2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

OUTORGANTE: _____
 NOME: GILBERTO SILVA MARQUES
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADO
 PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO RG: 187584 SSP/CE
 CPF: 311.263.162-53 ENDEREÇO: R. PROF. MARIA DO C. L. CARVALHO 256
 BAIRRO: SILVIO BOTELHO CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
 CEP: 69.314-493

VITIMA: GERALDO SILVA MARQUES
CPF: 311.263.162-53 DATA DO ACIDENTE: 27-12-2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

OUTORGADA:
NOME: MSE SANTANA FEITOSA CÍVIMARQUES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ALTOVOZADO
Nº. DO RG: 114816399-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/PA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1994
Nº. DO CPF: 027.942.503-09
ENDEREÇO: RUA GIGCHÃO Nº 312 BARRIO: NOVA CANAÃ

PODERES:

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

BOA VISTA - PE, 09 de JUNHO de 2020



EVERALDO SILVA MARQUES

OBS: Reconhecer por autenticidade

DANIEL AQUINO
171.242.561-3466 lab
Reconheço por **VERDEIRA (e/s) firm(s)** 171.242
T. **VERALDO SILVA MARQUES**
Em testemunho da verdade, LFE
De que dou fé, São Vista RR, 09 de janeiro de 2020.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidades portaisalem.com.br
REC.FIR16829803X00623D4R10C24/
Fundamentação: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELOR: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091230/20

Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES

CPF: 311.263.162-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVERALDO SILVA MARQUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

EVERALDO SILVA MARQUES : 311.263.162-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO