

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 16 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200366955**

**Vítima: KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA**

**Data do Acidente: 02/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 02/06/2020, emitida pelo Dr. ARNALDO J. H. PEREZ, CRM nº 1554 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima:** **707.255.102-69** 4 - Nome completo da vítima: **KARLINE JOSEFINA RICARDO ZARAGOZA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **KARLINE JOSEFINA RICARDO ZARAGOZA** 6 - CPF: **707.255.102-69**  
 7 - Profissão: **AUTÔNOMO.** 8 - Endereço: **RUA 4C 05** 9 - Número: **91** 10 - Complemento: **CHEGADA**  
 11 - Bairro: **SN. AGHO (CAMPO)** 12 - Cidade: **BOA Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.316-464**  
 15 - E-mail: **SANTANAGVIMARAOS@HOTMAIL.COM** 16 - Tel.(DDD): **1951-7767-3685**

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **ITAU**

AGÊNCIA: **1352** CONTA: **51.909** (9)

(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

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)  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avôs/vivos?  Não teve filhos?

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)

40 - Local e Data, **Boa Vista**, **08/10/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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:

707 255 102-69

4 - Nome completo da vítima:

KARLINE JOSÉFINA RICARDO ZARAGOZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

KARLINE JOSÉFINA RICARDO ZARAGOZA

6 - CPF:

707 255 102-69

7 - Profissão:

AUTÔNOMO.

8 - Endereço:

RUA 4C 05

9 - Número:

91

10 - Complemento:

CHACARA

11 - Bairro:

SN. AGHO (CAMPO)

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69316-464

15 - E-mail:

SANTANAGVIMARAOS@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

1951 7767-3685

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: ITAU

AGÊNCIA: [redacted]

CONTA: [redacted]

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1352

CONTA: 51909

[redacted]

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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)  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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima teve nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <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)

40 - Local e Data,

BOA VISTA 08/10/2020

38 - 1º | Nome: [redacted]

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: [redacted]

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## JESUS

CHEGOU SUA FATURA DA OI.  
Acesse [www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)

FATURA DE  
MAI/2020

CÓDIGO MINHA OF  
482009418872

VENCIMENTO  
02/06/2020

Emissão em 15/05/2020

Período de 13/04/2020 a 13/05/2020

PAGAR (R\$)  
114,35

.....



CDD ASA BRANCA RR  
JESUS RAMON GALLARDO RENGEL  
RUA HC 05 91  
SENADOR HELIO CAMPOS  
69316-464 - BOA VISTA - RR



72000139896 00000 000000000000 10 151520

AD-90001 3850

**PRECISA DE AJUDA?  
FALE COM A JOICE  
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Di. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.



Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.



RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Barreto, 671 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3Para contatar com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO:

0032588-0

Nº DA NOTA FISCAL 5405120 FCAM®

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

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,07

ROHARIA PEREIRA DE SOUZA  
R. GIDEO 312 - NOVA CANAA  
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA  
CPF: 00087608650249

DADOS DA LEITURA					
Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	21/07/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	KWh	INJETADO	KWh	INJETADO	KWh	INJETADO	KWh
	TOT/PTA	TOT/PTA	F.PONTA	F.PONTA	INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1.000						
Resíduo							
Medido	298						
Faturado:	298						

DESCRIÇÃO DA COMPRA		
CONSUMO	298 A R\$ 0,755234 =	225,05
ILUMINACAO PUBLICA		29,02

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE METRAGEM
TARIFA SEM TRIBUTOS: R\$ 298 - 0,617770	0 62 75 89 1239 194 1 206 289 323 296 298

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www1.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/IOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José SANTANA FETTO (Gimaraes) inscrito (a) no CPF 627.942.803-68,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KELICE JOSEFINA Ribeiro Marques inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 307.255.102-69 do sinistro de DPVAT cobertura UNIVALEZ da Vítima  
KELICE JOSEFINA Ribeiro Zanica inscrito (a) no CPF sob o Nº 307.222.101-51, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

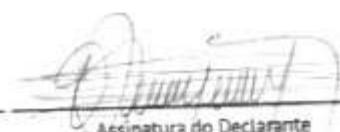
Recuso informar

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

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

Endereço	Rua Gideão	Número	312	Complemento	CASA
Bairro	Novo Horizonte	Cidade	RR	CEP	59000-000
Email	SANTANAGIMMARES@GMAIL.COM	Telefone comercial(DDD)	95199169-3685	Telefone celular (DDD)	

Boa Vista, 08 de Outubro de 2020  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante



2001247321	02/06/2020 19:42:14	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	6
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	CPF	Prontuário
KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA		03/12/1984		35 A 5 M 30 D				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
Mãe				F		PARDA		VENEZUELA
MAGALISM JOSEFINA ZARAGOZA					Pai		Contato	
Endereço					NI		Ocupação	
RUA -- SN -- BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira			Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.			Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor	URGÊNCIA							
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTÂNEA			Procedimento Sol.			Registrado por:
Queixa Principal	Queda de moto							
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								
Anamnese de Enfermagem			<b>GSC</b> AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)								
Exame Físico								
Hipótese Diagnóstica								
Trauma M.S.D								
SADT - Exames Complementares								
<input type="checkbox"/> RAIO-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	
- Domínio crm e					- Apaz. 10h		- Observar	
- Tópico 20g qd					- Lact. 100g		- Cessar	
Conduta								
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Centrofísica</i>					<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: _____			
Óbito								
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



2001247469 03/06/2020 11:51:20

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 8

Paciente

KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

Tipo Doc.

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

35 A 6 M 0 D

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

PARDA

F

NI

Contato

(95) 99156-9608

Ocupação

Mãe

MAGALISM JOSEFINA ZARAGOZA

Endereço

RUA - HC-5 - 91 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

OUTROS

URGÊNCIA

Procedimento Sol.

Setor

Tipo de Chegada

Registrado por:

DAL

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

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO-X

ULTRA-SON

TC

SANGUE

URINA

ECG

OUTROS:

PREScrição

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

Alta por Decisão Médica

Ambulatório

Alta a Pedido

Observação (Até 24h)

Alta a Revelia

Internação

Transferência para:

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: dal

Data/Hora: 03/06/2020 11:53:23





# TRABALHADOR

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE INSSIGNS

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CTPS

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos, para o reconhecimento da social de justiça perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantismo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de informações contidas nesse documento é o seu estudo de consciência e que lhe dará conduta, a qualificação e novas oportunidades, profissionais, de sua profissão.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de servir de tributo de sua vida profissional e à sociedade, atestando sua validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuirá para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, dando validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FGTS - FUNDO DE GARANTIA DO TRABALHADOR

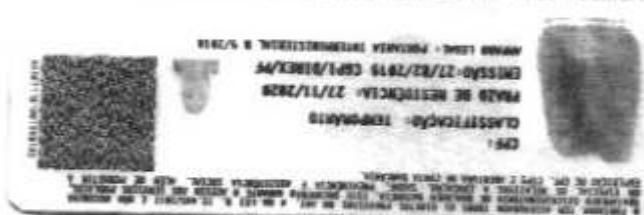
ESTA CARTEIRA CONTÉM 14 PÁGINAS NUMERADAS

150 22500.001-2  
RR  
A01  
0548179

*[Assinatura]*







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200366955      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KARLICE JOSEFINA RIVERO      **Data do acidente:** 02/06/2020      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A  
ZARAGOZA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO. PG. 1

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289866/20

**Vítima:** KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

**CPF:** 707.255.102-69

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/06/2020

KARLICE JOSEFINA  
RIVERO ZARAGOZA

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

### KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA : 707.255.102-69

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/10/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

NOME: Kaelice Josevina Rivero Zaragoza  
NACIONALIDADE: VENEZOLANA  
ESTADO CIVIL: CASADA  
PROFISSÃO: ATONOMA  
Nº DO RG: 08485.040848/2018-15  
DATA DE EMISSÃO: 21-09-2018  
ÓRGÃO EMISSOR: Poder Federal  
Nº CPF: 307.255.102-69  
ENDEREÇO: RUA HC 05 N° 91 Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

## OUTORGADO:

NOME: Cláudia Sartori Góimannari  
NACIONALIDADE: BRAZILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: ATONOMA  
Nº DO RG: 114316399-3  
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999  
ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RS  
Nº CPF: 627.942.803-68  
ENDEREÇO: RUA CURAU N° 312 Bairro: Nova Correia

## 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 Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), quitar, requerer e retirar documentos em órgãos públicos, municipais estaduais, federais e órgão pertencente ao setor privado, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para rédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista, 24 de JUNHO de 2020

  
X

Assinatura

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289866/20

**Vítima:** KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

**CPF:** 707.255.102-69

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/06/2020

**Titular do CPF:** KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

### KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA : 707.255.102-69

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/10/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO