

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: KARLICE JESSENA RUIREO ZARAGOZA

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

5 - Nome completo: KARLICE JESSENA RUIREO ZARAGOZA 6 - CPF: 707 255 102-69  
7 - Profissão: AVULSO 8 - Endereço: RUA HC 05 9 - Número: 91 10 - Complemento: CHALARA  
11 - Bairro: SA. NHO CAMPO 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69 316-464  
15 - E-mail: SANTANAGUINARACORRENTIAL.COM 16 - Tel.(DDD): 91 9169-3665

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: 1352 CONTA: 91909  
(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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA 09/10/2020

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: 1352 CONTA: 91909

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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (al 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, 09/10/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 OI  
**402003418872**

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



AD: 00013620

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

A Joice é a inteligência artificial da Oi. 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 Ezequiel, 671 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato 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.

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

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

CPF: 00087608650249

#### DATAS 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	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

#### DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	27842							
Leit. Anterior	27544							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	298							
Faturado:	298							

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

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

#### OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ A 298 - 0.617770

#### HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

0	62	75	80	1239	194	206	280	323	298	298
---	----	----	----	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.aseguradoralider.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.

Peço, exposto, eu JOSÉ SANTANA FEITOZA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KARLICE JOSEFINA RIBEIRO ZARAGOZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 309.255.102, 69 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KARLICE JOSEFINA RIBEIRO ZARAGOZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 306.433.521, 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>	CEP
Email	<u>SANTANA.GIMARÃES@Gmail.com</u>			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>195194169-3685</u>		

BOA VISTA, 08 de OUTUBRO de 2010  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante





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.

2001247321

02/06/2020 19:42:14

# FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 6

Paciente **KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA** Data Nascimento **03/12/1984** Idade **35 A 5 M 30 D** CNS **CPF 07** Prontuário  
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **Data Emissão** Sexo **F** Estado Civil **PARDA** Naturalidade **VENEZUELA**  
Mãe **MAGALISM JOSEFINA ZARAGOZA** Pai **NI** Contato **Ocupação**  
Endereço **RUA - - SN - - BOA VISTA - RR**

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

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

## Anamnese de Enfermagem

GSC **TOTAL**  
AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **h**) **Acidente de trânsito de queda de moto, sobre trilha e. MSD, fr.**

## Exame Físico

## Hipótese Diagnóstica

**Trauma MSD**

## SADT - Exames Complementares

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

## PRESCRIÇÃO

## APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

**Dipnóico** **cf** **ev**  
**Tórax** **20%** **ev**

**Dr. Amílcar J. H. Pérez**  
**CRM 1554 RR - RQE 176**  
**Cirurgia Geral**

## Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório  
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)  
☐ Alta a Revelia ☐ Internação  
☐ Transferência para: **ortopedia** Data e Hora da Saída/Alta: **19/06/2020 19:46:19**

## óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **jackson.sadovski**  
Data Hora: **02/06/2020 19:46:19**

2001247321



2001247321



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

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

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

2001247469

03/06/2020 11:51:20

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

8

Paciente

KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

Data Nascimento

03/12/1984

Idade

35 A 6 M 0 D

CNS

CPF

70725510269

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

F

Estado Civil

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

Nacionalidade

VENEZUELA

Mãe

MAGALISM JOSEFINA ZARAGOZA

Endereço

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

Paí

NI

Contato

(95) 99156-9608

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

OUTROS

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Sector

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

DAL

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril

☐ Sintomático Respiratório

☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

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

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - 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: dal

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

Sistema de Informação em Saúde  
Governo do Estado de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308



2001247469



<div>  <div> REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  MINISTÉRIO DAS CIDADES  DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO </div> <div>  <div> RR </div> </div> </div>	
<div> VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1650874125 </div>	<div> NOME JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES </div>
	<div> DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF 1148763993 SSP MA </div>
	<div> CPF 627.942.803-68 </div> <div> DATA NASCIMENTO 26/07/1979 </div>
	<div> FILIAÇÃO NEURIVAN LOPES GUIMARAES LUIZA FEITOSA GUIMARAES </div>
	<div> PERMISSÃO  <div> ACC  CAT. HAB. AB </div> </div>
	<div> Nº REGISTRO 03412152366 </div> <div> VALIDADE 28/05/2023 </div> <div> 1ª HABILITAÇÃO 11/10/2004 </div>
	<div> OBSERVAÇÕES </div>
	<div> ASSINATURA DO PORTADOR </div>
	<div> LOCAL BOA VISTA, RR </div> <div> DATA DE EMISSÃO 29/05/2018 </div>
	<div> ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR </div> <div> 69180083613 RR209677511 </div>
	<div> ASSINATURA DO EMISSOR </div> <div> RORAIMA </div>

# TRABALHADOR

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

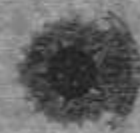
Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho; elementos básicos para o reconhecimento das suas direções perante a Justiça do Trabalho; bem como prazo/atenuação da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantidos, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contidas neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Para sua importância, é sua dever protegê-la e guardá-la, pois além de ser o registro de sua vida profissional e a garantia de preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE APOIO AO TRABALHADOR

ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

EMPREGADOR

150.22500.01-2

EMPREGADO

0548179

CPF

A01

RG

RR

*[Assinatura]*



# ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

50

[illegible]

QUALIFICAÇÃO CIVIL - ESTRANGEIRO

KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

RELACION  
MIGUEL JOSEFINA ZARAGOZA  
ALICIA JOSE RIVERO  
NACIMIENTO 08/12/1968  
ESTADO CIVIL CASADA  
NACIONALIDAD VENEZUELA  
DOCUMENTO DE FORTALE-27869945

MODALIDADE : ACORDO BARRIL A TENDENTE  
CPF : 278 286 703-69  
VALOR : 20% S.O.C.

LUGAR DE EMISAO : SR.BARRIL BOA VISTA  
DATA DE EMISSAO : 08/07/2010

Miguel / odo-flw.

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL



# 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

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

## 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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

NOME: KARICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA  
NACIONALIDADE: VENEZOLANO  
ESTADO CIVIL: CASADA  
PROFISSÃO: AUTONOMA  
Nº DO RG: 08485-040818/2018-15 ÓRGÃO EMISSOR: Polícia Federal  
DATA DE EMISSÃO: 21-09-2018  
Nº CPF: 307.255.102-69  
ENDEREÇO: RUA HC 05. Nº 91 Bairro: SENADOR HELIO Campos

## OUTORGADO:

NOME: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: AUTONOMO  
Nº DO RG: 114216391-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSO/MPA  
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999  
Nº CPF: 627.942.803-68  
ENDEREÇO: RUA CURUPA Nº 312 Bairro: 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 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 redito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 24 de JUNHO de 20 20

[Assinatura]

Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289866/20

**Vítima:** KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

**CPF:** 707.255.102-69

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

## 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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO