

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200382660

Vítima: MAURO SERGIO DA CONCEICAO

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURO SERGIO DA CONCEICAO

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\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MAURO SERGIO DA CONCEICAO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000010684-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 053.898.123-79 4 - Nome completo da vítima: Mauro Sérgio da Conceição

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

5 - Nome completo: Mauro Sérgio da Conceição 6 - CPF: 053.898.123-79
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua: S-33 9 - Número: 1491 10 - Complemento:
11 - Bairro: Senador Helio Campos 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-606
15 - E-mail: ILDIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98404-5368

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)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 10684 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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, 15/10/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00032421/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/10/2020 16:02:02 Data/Hora Fim: 21/10/2020 16:21:28
 Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 27/04/2019 04:40 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Lago da Pedra (MA)
 Bairro: Vila santa
 Logradouro: Av Roseana Sarney
 Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|---|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Veículo |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MAURO SERGIO DA CONCEIÇÃO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 29/10/1990 Idade 29
 Profissão: Vigilante
 Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Bom Lugar - MA
 Nome da Mãe: Maria Arlene da Conceição

Documento(s)

RG: 500978-2
 CPF: 053.898.123-79

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: rUA S 33 Nº: 1491
 Bairro: Senador Hélio Campos
 Telefone: (95) 98120-5101 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|--|---|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário 745.215.193-34 | Placa HPX3419 |
| Renavam 00854705023 | Número do Motor JC30E14102671 |
| Número do Chassi 9C2JC30104R102671 | Ano/Modelo Fabricação 2004/2004 |
| Cor PRETA | UF Veículo MA |
| Município Veículo Lago da Pedra | Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS |
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade 1,00 Unidade |
| Situação Meio Empregado, Envolvido | Última Atualização Denatran 21/09/2019 |
| Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA FILE VEICULOS | |

Nome Envolvido

Envolvimentos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00032421/2020

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|---------------------------|---------------|
| Mauro Sergio da Conceição | Depositário |

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante relata que estava indo da casa do irmão dele pro mercado por volta das 4:45 da manhã, na avenida Roseana Sarney, bairro Vila Santa, próximo ao hospital Serra de Castro na cidade de Igarapé da Pedra MARANHÃO, a avenida estava muito escura e foi quando ele bateu no canteiro e caiu, daí só acordou no hospital. Era o que tinha a informar

ASSINATURAS

Carlos Alberto Valerio da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 0712925
Responsável pelo Atendimento

Mauro Sergio da Conceição
Vítima, 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."

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURO SERGIO DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000010684-0

Nr. da Autenticação 50628B3B717E2E94

**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: 6161130

MARIA ARLENE DA CONCEICAO

R. S 33, 1491 ,

SENADOR HELIO CAMPOS 69316606 BOA VISTA

RR

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--|
| CÓDIGO ÚNICO 871737 | MÊS 10/2020 | PERÍODO DE CONSUMO 09-SEP-20 a 08-OCT-20 |
| CONSUMO (kWh) 360 | VENCIMENTO 11-NOV-20 | TOTAL A PAGAR R\$ 316,53 |

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 871737 | MÊS 10/2020 | TOTAL A PAGAR R\$ 316,53 |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|

836900000032.165300750008.000000000877.173710200051





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 |

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

FOTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
[] ACC
[] CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2026

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240015

750009.000000001081.917005200055



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/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 Elair Imacino de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Mauro Sergio da Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.898.123 / 79,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Mauro Sergio da Conceição

inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.898.123 / 79, 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 Antônio P. Galvão</u> | | Número: <u>1832</u> | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>Buritis</u> | Cidade: <u>Boa Vista</u> | Estado: <u>RR</u> | CEP: <u>69.309-209</u> |
| E-mail: <u>ELOIRRR@HOTMAIL.COM</u> | | | Tel.(DDD): <u>(95)98404-5368</u> |

Local e Data: Boa Vista - RR, 15/10/2020

Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE
LAGO DA PEDRA
GOVERNO DA GENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL PROF. SERRA DE CASTRO

CNPJ;06.033.740/0029.01

R. Senador Vitorino Freire S/N Fone (99) 3644-1325
Lago da Pedra -MA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que, **MAURO SERGIO DA CONCEIÇÃO**, portador de **RG: nº 500978-2**, residente e domiciliado neste município na Rua São Raimundo, Bairro Vila Santa. Foi admitido nesta Unidade de Saúde (Hospital Prof. Serra de Castro) no dia 27 de abril de 2019 no setor de emergência, vítima de acidente de trânsito, apresentando trauma torácico. O mesmo foi atendido pelo médico de plantão Dr. Leandro de Sousa Araújo CRM-MA:8540. E logo após foi avaliado pelo médico Ortopedista e Traumatologista Dr. Ricardo de A. Machado CRM-MA:2611 que constatou luxação acrômio clavicular grau III direito. É o que consta nos registros desta Unidade de Saúde.

Lago da Pedra – MA 23 de maio de 2019.


Djalma Pereira dos Santos
Coord. de Enfermagem HPSC
Enfermeiro-COREN-321.687

Enfermeiro Chefe



PREFEITURA MUNICIPAL DE
LAGO DA PEDRA
GOVERNO DA GENTE

Prefeitura Municipal de Lago da Pedra
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL PROF. SERRA DE CASTRO

CNPJ: 06.033.740/0029-01

Rua Senador Vit. Freire, s/nº - Fone: (99) 3644-1445 - Lago da Pedra-MA

FICHA GERAL

CARTÃO SUS

NOME MACRO SERGIO DA CONCEIÇÃO
DATA DO NASCIMENTO: 29 / 10 / 1990 IDADE 28 SEXO: M ☒ F ☐
NOME DA MÃE: MARIA ARIENE DA CONCEIÇÃO
NATURAL DE: BOM LUGAR
ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
RG: 500978-2 DATA DE EMISSÃO: 09/09/15
NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO
ENDEREÇO: Rua São Raimundo Nº _____
BAIRRO: União Santo CEP: 65715000
MUNICÍPIO: Lago da Pedra UF: MA
TELEFONE: _____
RAÇA/COR ☒ BRANCA ☐ PRETA ☐ AMARELA ☒ PARDA ☐ INDÍGENA

ATENDIMENTOS

| Data | Grupo Alvo | Atividades | Áreas das Ações de Saúde | Exame Físico ou Psíquico, Prescrição, Diagnóstico, Tratamento, Controle, Encaminhamento, Outros e Rubrica |
|-------------------------------------|-----------------|----------------------------|---------------------------|---|
| <u>27</u> <u>04</u> <u>19</u> | <u>PS:</u> | <u>130x80 mmHg</u> | <u>OK 1/ Voltar ap IM</u> | <u>Trouxe Tórax por</u> <u>acúfalo de pulm</u> |
| | | <u>OK 2/ Decodum ap IM</u> | | |
| | <u>S.F. 500</u> | | <u>OK 4/ SF - 500 ml</u> | |
| | <u>S.E. 500</u> | | <u>OK 4/ 20 SF 500 ml</u> | |
| | | | | <u>do Tor</u> |
| | | | | <u>Desanestesia larg su</u> |
| | | | | <u>Dr. Leandro Santos Sá</u> MÉDICO CRM-MA 9560 |

GRUPO ALVO: Criança, Gestante puérpera, paciente TB, Pac. Hanseníase, Adulto, etc.

ATIVIDADES: Cens. Médico, Cens. Enfermagem, Cens. Odontológico, Atendimento Enf. etc.

11-19-96
JRM

Dr. Leandro Santos Sales
MÉDICO
CRM-16.9560

Dr. Leonardo Santos Sales
BRM-MA 9560

01/05/2019

Queda de pto de h. a cer
de los y me no
Fue muy comu
me H.

⇒ Tot. Amp. 1

Ricardo de Almeida Machado
Traumatologia-Ortopedia
CRAMA-MA 3611

GRUPO ALVO: Criança, Gestante puerpéra, paciente TB, Pac. Hanseníase, Adulto, etc.
ATIVIDADES: Cons. Médica, Cons. Enfermagem, Cons. Odontológica, Atendimento Enf. etc.
ÁREAS DAS AÇÕES DE SAÚDE: Mat. Infantil, Pneum. Sanitária, derm. Sanitária, etc.



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

FOTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
[] ACC
[] CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2026

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

1096

750009.000000001081.917005200055



TRABALHADOR

Este é o seu Cartão de Trabalho - CTR, emitido pelo
Ministério do Trabalho e Emprego, por determinação do Decreto
nº 22.911 de 28.10.1932 e posteriormente reformado
pelo Decreto nº 24.572 de 01.03.1943 que aprova o CTR.
Ele é o documento obrigatório para o exercício de qualquer
emprego ou atividade profissional.

Não tenha medo ao registrar todos os dados
do Cartão de Trabalho, pois os dados básicos
para o reconhecimento dos seus direitos perante
a Justiça do Trabalho, são: nome (para a
inscrição na Previdência Social e demais benefícios
Previdenciários), data de nascimento, data de habilita-
ção no registro de comércio e no livro de
registro de empregados (RGPS).

O conjunto de informações contido neste
documento e a sua validade em qualquer
situação de trabalho e em qualquer
situação de vida.

Para sua importância, é seu dever protegê-lo e
guardá-lo para além de conter o registro de sua vida
profissional e a garantia da preservação e validade
de seus direitos como trabalhador e cidadão,
utilizar para assegurar a sua futura e de suas
dependências, todos os dados, também, como
documento de identificação.

CONFIRMAÇÃO COM REGISTRO DO
CARTÃO DE TRABALHO E EMPREGO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

138.33073.86-4

7505956

0050

RR

Maurice Sérgio de Souza

REGISTRO DE EMPREGO



00

CARTEIRA CIVIL - BRASILEIRO

ESPORTE TERCEIRO DA CONFEDERAÇÃO

PRIMEIRA

SEGUNDA

TERCEIRA

QUARTA

QUINTA

SEXTA

SÉTIMA

OCTAVA

NONA

DÉCIMA

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

RACIAIS

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

DOCUMENTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200382660 **Cidade:** Lago da Pedra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURO SERGIO DA CONCEICAO **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA GRAU III

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO 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 LEVE DO OMBRO 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 |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200382660 **Cidade:** Lago da Pedra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURO SERGIO DA CONCEICAO **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA GRAU III

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO 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 LEVE DO OMBRO 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 |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

| | |
|----------------|---------------------------|
| NOME: | Mauro Sérgio da Conceição |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro |
| PROFISSÃO: | Vigilante |
| IDENTIDADE: | 5009782 SSP-RR |
| ENDEREÇO: | R: S: 33-1491 SHC. |

OUTORGADO

| | |
|----------------|---------------------------|
| NOME: | Solair Inácio de Souza |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro |
| PROFISSÃO: | Autônomo |
| IDENTIDADE: | 114.807 SSP-RR |
| ENDEREÇO: | R: Antonio P. Galvão 1832 |

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 27 / 04 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Mauro Sérgio da Conceição.

30 A VISTA 03-04-2020

LOCAL E DATA

Mauro Sérgio da Conceição

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Mauro Sérgio da Conceição

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

DANIEL AQUINO

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)

Cartório do 2º Ofício do 1º Juízo de Direito da Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima, inscrita no CNJ nº 191961-5 e 87493460935. Av. Atalide Teive, 4387 - Sala 101 - Boa Vista - RR. Fone: (95) 3192-1180. 2oficioboavista@cartorioaquino.com.br

191.961