

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200390285

Vítima: CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

Data do Acidente: 07/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da solicitação médica dos exames realizados, tais como, Raio X, Tomografia e/ou Ressonância Magnética, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis. Lembramos que não é necessário apresentar as películas/chapa dos exames.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

053.373.192-56

4 - Nome completo da vítima:

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

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

5 - Nome completo:

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

7 - Profissão:

2 - Endereço:

AUTONOMO

11 - Bairro:

12 - Cidade:

SENADOR H-CAMPOS BOA VISTA

15 - E-mail:

Ronaldo.costa20106@el.com.br

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

RECUZO 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 a seguir, é possível uma opção)

Bradesco (237)

Itau (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2084

CONTA: 21699

AGÊNCIA: [redacted]

CONTA: [redacted]

(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, 2 que eu sou o titular, reconheço que é sócio, desde a e somente após a efetivação do crédito, a liberação total do valor recebido.

K2 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob a minha responsabilidade, que fui impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI), para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 12.527/2011 - art. 4º, § 4º).

- Não há IMI que atenda à região do acidente ou da minha residência, ou;
- O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou;
- O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o preenchimento da K2, se eu não puder apresentar o laudo ao Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica e/ou representação feita pelo representante legal do IMI, concordando, devo, à empresa, submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora, e também verificá-la na Clínica ou no Hospital que mais convier, dentro das limitações impostas pelo acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 12.527/11.

Declaro que fui autorizado, não exigirá prova com consenso com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conclusão.

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

29 - Se tinha filhos, informar:

30 - Vítima deixou, nascituro herdeiros:

Sim

31 - Vítima:

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar:

Sim

33 - Vítima deixou:

Sim

pais/avós vivos?

teve filhos?

Não

Vivos:

Falecidos:

Não

Vivos:

Falecidos:

Não

Vivos:

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso de K2 - Indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando entre andas, que o violaram o princípio da decência, não querendo se privar de pagar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal, por infração da lei nº 12.527/11.

34

35 - Nome (apenas quem assinou o laudo da morte)

38 - 14 | Nome:

39

36 - CPF legível de quem assina o laudo da morte

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura (apenas quem assinou o laudo da morte)

39 - 24 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista/RR 13 de outubro de 2020

Fonka Edmundo Ferreira de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR
ENDERECO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência N°: 12280/2020 - Registrado em: 07/10/2020 às 10h 47min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 07/08/2020 às 14h 50min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: JUIZ MAXILIANO TRINDADE

Nº: 241

CEP: 69300-000

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: PROXIMO A IGREJA ASSEMBLEIA DE DEUS

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO(18), nascido(a) em 20/05/2002, sexo MASCULINO, solteiro(a), País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de ALZIRENE FERREIRA DA SILVA LIMA e , endereço: GENESIO ALCIMIRO LOPES, Nº: 241, bairro: SENADOR HELIO CAMPOS, BOA VISTA-RR, Telefone: .

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DE PLACA NAU7824, CHASSI 9C2KC1680FR591589, IAI SUBINDO A RUA VEREADOR WALEMAR GOMES QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA VEIO A COLIDIR COM O MESMO NO CRUZAMENTO, O MESMO FOI CONDUZIDO PELO SEU GENITOR ATÉ A UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICO COSME E SILVA.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

-IGOR TAVARES FIGUEIRA
APC
MATRÍCULA: 42000757
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Carlos Eduardo Ferreira de Carvalho
CARLOS EDUARDO FERREIRA DE
CARVALHO
COMUNICANTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

053.373.192-56

4 - Nome completo da vítima:

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

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

5 - Nome completo:

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

7 - Profissão:

2 - Endereço:

AUTONOMO

11 - Bairro:

12 - Cidade:

SENADOR H-CAMPOS BOA VISTA

15 - E-mail:

ronaldo.costa20106@el.com.br

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

RECUZO 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 a seguir, é possível uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itau (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2084

CONTA: 21699

2

(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, 2 que eu tiver direito, reconheço que é sólido, desde a e somente após a efetivação do crédito, a liberação total do valor recebido.

K2 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob a minha responsabilidade, que fui impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI), para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 12.500/01, art. 1º, § 4º).

- Não há IMI que atenda à região do acidente ou da minha residência, ou;
- O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou;
- O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o preenchimento da K2, se eu não puder comparecer ao atendimento ao Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica da Seguradora, certificando que não tenho condições de comparecer ao IMI, concordando, devo, à empresa, submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei nº 12.500/01.

Declaro que fui autorizada, não exigirá prova com consilho com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conclusão.

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

29 - Se tinha filhos, informar:

30 - Vítima deixou, nascituro herdeiros:

Sim

Não

31 - Vítima:

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso de K2 - Indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando entre andas, que o violaram o capitulo de declaração, não terão direito a parte da obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração da lei nº 12.500/01.

34

35 - Nome (apenas quem assinou o laudo da morte)

38 - 1º | Nome:

COP

36 - CPF legível de quem assina o laudo da morte

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura (apenas quem assinou o laudo da morte)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

Boa Vista/RR 13 de outubro de 2020
Tenha Edmundo Ferreira de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020	01/10/2020	281	479,52

ALZIRENE FERREIRA DA SILVA LIMA CARVALHO
CPF: 00074152190230
R. GENÉSIO ALCEMIRO LOPES 241 - SENADOR HÉLIO CAMPOS
CEP: 69.316-550 BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	14/09/2020	Anterior:	13/08/2020
Emissão:	11/09/2020	Próxima leitura:	14/10/2020
		Apresentação:	14/09/2020
		Dias de consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	12834593	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

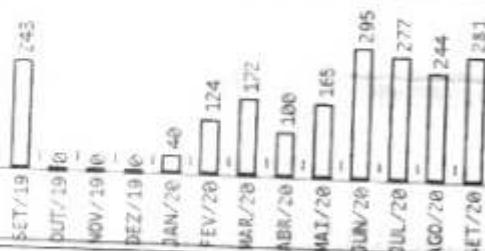
	MWH ESTRITA	INJETADO TURBINA	MMH PONTA	JAHADA PONTA	MWH INTERNAIS	INJETADO INTERNAIS	MWH RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	32872							
Leit. Anterior	32591							
Constante	1.080							
Resíduo								
Medido	281							
Faturado	281							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO: TOTAL ENCARGOS	781 A R\$ 0,748099 =	210,21
		269,31

OUTRAS INFORMAÇÕES

DATA DE TIRADA: 08/09/2020
Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO

Parabéns! Até o dia 11/09/2020, não constatamos faltas vencidas nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES**REAVISO DE VENCIMENTO****RESERVADO AO FISCO**

B952, D885, A980, E848, C778, 65/5, B2FC, 22C6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:

Distribuição:	116,15
Transmissão:	58,88
Encargos:	0,00
Persa:	6,57

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base do Cálculo:

ALIQUOTA	VALOR
ICMS:	27,20%

ALIQUOTA	VALOR
PIS:	35,73

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DICRI Mês Anual Trimestral

FIC Realizado Limite

DMIC Realizado Limite

DICRI Realizado Limite

FIC Realizado Limite

DMIC Realizado Limite

DICRI Realizado Limite

FIC Realizado Limite

DMIC Realizado Limite

DICRI Realizado Limite

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020 11/10/2020 1308 1.002,29

ROSIANI MARIA OLIVEIRA GOMES
CPF: 060457004261200
R. MARIA RODRIGUES SANTOS 906 - ASA BRANCA
CEP: 69.312-285 BOA VISTA

DATA DE LEITURA
Atual: 24/09/2020 Anterior: 25/08/2020 Próxima leitura: 26/10/2020
Emissão: 23/09/2020 Apresentação: 24/09/2020 Dias de consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Grupo/Subgrupo Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Faturamento Modalidade
1.1.1.3 RESIDENCIAL TRIF 12LDT00308 NORMAL CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)
Leit. Atual: 1308 INICIAÇÃO TOT/PTA INICIAÇÃO FIM/PTA INICIAÇÃO FIM/PTA INICIAÇÃO FIM/PTA INICIAÇÃO FIM/PTA INICIAÇÃO FIM/PTA INICIAÇÃO FIM/PTA
Leit. Anterior: 1279
Constante: 1.000
Resíduo:
Medido:
Faturado:

DESCRICAÇÃO DA CONTA
CONSUNTO ILUMINAÇÃO PÚBLICA 1308 + R\$ 0,748099 = 978,51
23,78

OUTRAS INFORMAÇÕES

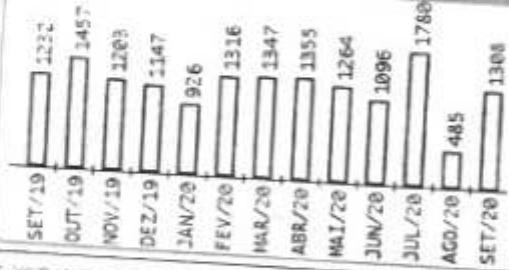
Média de consumo:
23,78 kWh/mês



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO



Parabéns! Até o dia 23/09/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 9207.7A87.26E2.960A.FE43.4744.F387.8ECD

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	540,67
Distribuição:	236,77
Transmissão:	0,00
Encargos:	38,62

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	978,51
AUQUITA	978,51
ICMS:	17,00%
PIS:	0,00%
COFINS:	0,66%
A - 0,0%	0,00%

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Límite	9,24	18,49	36,99
Realizado	2,32		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Límite	8,46	16,92	33,84
Realizado	2,60		
DMIC	Mensal	DICRI	Mensal
Límite	4,99	Limite	
Realizado	1,82	Realizado	
Conjunto:	Mês apurado:	EUSD:	

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/BIBLIOTECAWEB/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 Ronaldo de Souza Costa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 61.653.594-21-168, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CARLOS ENVERGADO FERREIRA DE CARVALHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.393.192-56,

do sinistro de DPVAT cobertura POR INVÁLIDEZ da Vítima CARLOS ENVERGADO FERREIRA DE CARVALHO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.393.192-156, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>BLW: MARIA EUDÓQUIA DO SANTOS</u>	Número:	<u>996</u>
Bairro:	<u>ASA BRANCA</u>	Cidade:	<u>ESPIRITO SANTO</u>
E-mail:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>CEP: 69</u>

Local e Data: Boa Vista - PORA/MA 13 DE OUTUBRO DE 2020

Assinatura do Declarante

21 10791346 07/08/2020 15:10:10

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO	20/05/2002	18 A 2 M 18 D	704300565806798	05337319256			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raca/Cor	Naturalidade
IT ENTIDADE	M	NAO	INFORMADO	NI	Contato	BRASILEIRA	
M/e:	A ZIRENE FERREIRA DA SILVA LIMA	Eereço:	R JA - IZIDIO GALDINO DA SILVA - 1922 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR	Ocupação			
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.		
S/A - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA				Peso		
S/itor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.	Pressão		
S/ITURA		DEMANDA ESPONTANEA			Registrado por:		
Cieixa Principal					CRISTIAN.DANISSON		
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					

Aiamnese de Enfermagem

Alargia

GSC

TOTAL

AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Aiamnese - (HORA DA CONSULTA - 15:30h)

* acidente de trânsito (motocicleta)

* presente escoriações e perda de tecido mss.

Exame Físico

* Refere algie em região clavicular, mobilidade concreta de. Se observa edema local.

Hipótese Diagnóstica

Fratura m.s.d? Fratura radio clavicular

SADT - Exames Complementares

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

PREScrição

- (1) Tomografia toracica EU
- (2) Dispositivo Iog / 3ml EU
- (3) Radiografia m.s.d (ponto)
- (4) Curcina
- (5) Oclusão Ostéofita

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:

Objeto

antes do 1^o Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica

Neide Lúcia

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: cristian.danisson
Data Hora: 07/08/2020 15:10:57

CONFERE COM ORIGINAL

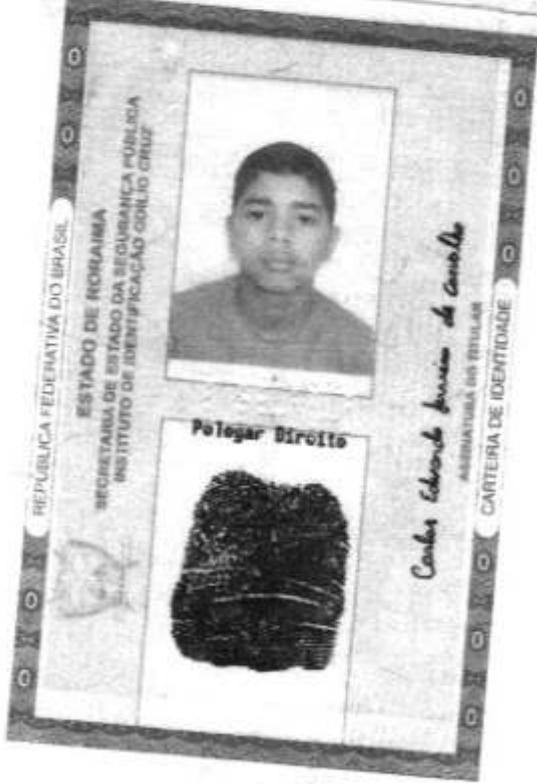
Em 14/09/2020

Ass.: Neide Lúcia

Dra. Moema Gonçalves Farias Barbosa
Médica







VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
Nº 511811-5
CARNE
CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO
NASCIMENTO
FRANCISCO DAS CHAGAS ALMEIDA DE CARVALHO
ALIZIRÉNE FERREIRA DA SILVA LIMA
BOA VISTA - RR
CERTO NASC 36759 FLS 171-F LIV A-60
2 OF BOA VISTA-RR
053.373.192-56 AMARAL ROCHA TEIXEIRA
1 VIA
LEI Nº 7.110 DE 29/06/80

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309833/20

Vítima: CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

CPF: 053.373.192-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/08/2020

CARLOS EDUARDO

FERREIRA DE CARVALHO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO : 053.373.192-56

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: 29/10/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RONALDO DE SOUZA COSTA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, autonomo, portador Cédula de Identidade RG 5118115, SSP/RR, CPF 053.373.192-56, residente e domiciliada na Rua Genesio Alcimiro Lopes, 241, Bairro Senador Helio Campos, CEP 69316-550, Município de Boa Vista - RR.

OUTORGADO: RONALDO SOUZA COSTA, brasileiro, união estável, auxiliar administrativo, RG 164075 SSP/AM, CPF 616.535.942-68, residente e domiciliado na Maria Rodrigues dos santos, Nº 996, bairro Asa Branca, Boa Vista-RR

PODERES: Para requerer o seguro DPVAT por ~~2019/2020~~ a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, 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, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

Boa Vista – RR, 07 DE OUTUBRO de 2020.

Carlos Eduardo Ferreira de Carvalho

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO