

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 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

053.323.192-56

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

053.323.192-56

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

AV. GENGISIO ALCMIDEA LOPES

291

CASA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

ernesto.costa@bol.com.br

69.316-550

16 - Tel. (DDD):

95.99.115.0318

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 citados. Escolha 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

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 tenho direito, reconhecendo e assumindo, desde a assinatura, a responsabilidade por eventuais litígios decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo a que eu sou titular, reconhecendo e assumindo, desde a assinatura, a responsabilidade por eventuais litígios decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo.

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 12.474/2012).

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

Solicito o cancelamento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica acostada, bem como a apresentação do laudo do IML, concordando, desde a assinatura, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automáticas, conforme o disposto na Lei nº 12.474/2012.

Declaro que esta autorização não gera nenhuma responsabilidade com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

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 marido/esposa?

☐ 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 deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, incluindo, entre outros, os que tiverem direito ou deviam ter, não podendo, portanto, gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

34 - Nome legítimo do testemunha (se houver):

35 - Nome legítimo do testemunha (se houver):

36 - CPF legítimo de quem assina a pedido (se houver):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (se houver):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista/PE 13 de OUTUBRO de 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

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 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, IA 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 ATERNDIMENTO BASICO COSME E SILVA.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

IGOR TAVARES FIGUEIRA
APC
MATRÍCULA: 42000757
ASSINADO ELETRONICAMENTE


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 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

053.323.192-56

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

053.323.192-56

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

AV. GENGISIO ALCMIDEA LOPES

291

CASA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

ernando.costa@bol.com.br

69.316-550

16 - Tel. (DDD):

95.99.115.0318

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 citados. Escolha 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

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 tenho direito, reconhecendo e assumindo, desde a assinatura, a responsabilidade por eventuais litígios decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo a que eu sou titular, reconhecendo e assumindo, desde a assinatura, a responsabilidade por eventuais litígios decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo.

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 12.474/2012).

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

Solicito o cancelamento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica acostada, bem como a apresentação do laudo do IML, considerando, desde a assinatura, a responsabilidade por eventuais litígios decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo a que eu sou titular, reconhecendo e assumindo, desde a assinatura, a responsabilidade por eventuais litígios decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo.

Declaro que esta autorização não gera qualquer prejuízo à futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou marido/esposa?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devolva a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, tratando-se, neste caso, de beneficiários que não tenham a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

34 - Nome legítimo do testemunha (se houver):

35 - Nome legítimo do testemunha (se houver):

36 - CPF legítimo de quem assina a pedido (se houver):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (se houver):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista/PE 13 de OUTUBRO de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

RORAIMA ENERGIA S.A.

Rua Capitanes dos Garças, 681 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.479/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.057.022-1

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

Resposta Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ RR/13

Nº DA NOTA FISCAL

5983349 FCAM*
A Tarifa Social de Energia Elétrica TSEE
foi criada pela Lei nº 18.438 de 26 de abril de 2002.

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

ALZIRENE FERREIRA DA SILVA LIMA CARVALHO
CPF: 000.741.521.902-30
R. GENÉSIO ALCÍDIO LOPES 241 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316-550 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 14/09/2020 Anterior: 13/08/2020 Próxima leitura: 14/10/2020
Emissão: 11/09/2020 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)

	WH TOT/PTA	WH TOT/PTA	WH TOT/PTA	WH TOT/PTA	WH TOT/PTA	WH TOT/PTA	WH TOT/PTA
Leit. Atual	32872						
Leit. Anterior	32591						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	281						
Faturado	281						

DESCRIÇÃO DA CONTA

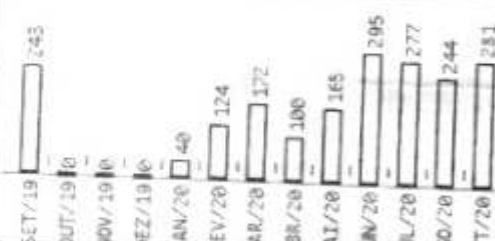
CONSUMO: 281 A R\$ 0,748099 = 210,21
TOTAL ENCARGOS: 269,31

OUTRAS INFORMAÇÕES

DESCRIÇÃO DA CONTA

Mês de 12 meses

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

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

RESERVADO AO FISCO

RPS2: DIBS: A000.1848. C778.6575. B2EC.22C6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	
Distribuição	116,15
Transmissão	50,88
Encargos	0,00
Perdas	6,57

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo

ALÍQUOTA

ICMS: 17,00%

PIS: 30,73

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Límite			
Realizado	8,85	17,70	35,40
FIC			
Límite			
Realizado	8,46	16,92	33,84
DMIC			
Límite			
Realizado	4,82		

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://www7.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURO. 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Romildo de Souza Costa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 616535942-168, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.343.192-56

do sinistro de DPVAT cobertura DOF INVALIDEZ da Vítima CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.343.192-56, 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:	Número:	Complemento:
<u>RUA: MARIA RODRIGUES DO SANTOS</u>	<u>946</u>	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro:	Estado:	CEP:
<u>ASA BRANCA</u>	<u>PE</u>	<u>69</u>
E-mail:		Tel. (DDD):

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



Assinatura do Declarante



2010791346 07/08/2020 15:10:10

FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA

Paciente: CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVALHO
Data Nascimento: 20/05/2002 Idade: 18 A 2 M 18 D
Sexo: M Estado Civil: NAO Raca/Cor: PARDA
Naturalidade: INFORMADO
CPF: 05337319236
Nacionalidade: BRASILEIRA
Contato: _____
Ocupação: _____

C. iss. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Nº da Carteira: _____ Validade: _____ Autorização: _____ Sis Prenatal: _____
Motivo do Atendimento: URGÊNCIA
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: _____ Procedência: _____ Temp.: _____ Peso: _____ Pressão: _____
Situação: DEMANDA ESPONTANEA
Procedimento Sol.: _____ Registrado por: CRISTIAN.DANISSON
C. eixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

A. iamnese de Enfermagem: *Calor*
GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: _____

A. iamnese - (HORA DA CONSULTA - 15:30h)
Acidente de trânsito (motocicleta)
apresenta escoriações e perda de tecido m.m.s.s.
Exame Físico:
Reflexo algie em punho direito, mobilidade normal de. use observe edema local.

H. pótese Diagnóstica:
Fratura m.s.d? Fratura rádio ulnária

SADT - Exames Complementares:
☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Fomeção 40mg/h. EV		
2) Dipirona 1g/2ml EV		
3) Radiografia m.s.d. (punho)		
4) Curativo		
5) Omeprazol 20mg/dia		

Conduta:
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: _____

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____ Carimbo e Assinatura do Médico: *Neide Lúcia*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

164075

14/05/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

RONALDO DE SOUZA COSTA

ANTÔNIO ESPINOZA DA COSTA
CELILIA CAMPOS DA COSTA
AUTAZES - AM

DATA DE NASCIMENTO

23/10/1977

CERTO NASC 273 FLS 137 LIV 3-A
1º OF AUTAZES-AM

616.535.942-68

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Poder Judiciário do Estado do Amapá

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83


P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GONÇALO CRUZ

Polígrafo Direto



Carlos Eduardo Ferreira de Carvalho
ASSINATURA DO DETULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 511811-5

20/04/2016

DATA DE REGISTRO

20/05/2002

DATA DE REGISTRO

FRANCISCO DAS CHAGAS ALMEIDA DE CARVALHO
ALZIRENE FERREIRA DA SILVA LIMA
MADURAJEANE

BOA VISTA - RR

CERTID NASC 36759 FLS 173-F LIV A-60
2 OF BOA VISTA-RR

053.373.192-56 AMARELO RORAIMA TRIANGULO
1 VTA

LEI Nº 7.116 DE 20.08.03

P.7

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309833/20

Vítima: CARLOS EDUARDO FERREIRA DE CARVAL

CPF: 053.373.192-56

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 07/08/2020

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO
FERREIRA DE CARVALHO

CPF de: Próprio

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, autônomo, 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 ~~DPVAT~~ DPVAT, 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