

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000031540-6

Autenticação:

8D6815C71EE0F4621F0473A2E9F4F0F391B03FBD09D103A745EF28BFAA53D5C1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200390312 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS GUILLERMO JESUS **Data do acidente:** 01/06/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
RODRIGUEZ MAITA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA. P.2/4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 MODERADO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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, 15 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200390312

Vítima: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

Data do Acidente: 01/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000031540-6

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, retorno 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: 709.161.672-32 4 - Nome completo da vítima: Luis Guillermo Jesus R. Maita

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

5 - Nome completo: Luis Guillermo Jesus Rodrigues Maita 6 - CPF: 709.161.672-32 9 - Número: 198 10 - Complemento:

7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua das Buritis 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.308-070

11 - Bairro: Boa Vista 12 - Cidade: Boa Vista 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

15 - E-mail: 17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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: _____

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 315340 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 - Atualmente: Solteiro(a) Casado(a/civ.) Divorciado Separado judicialmente Viúvo(a) 24 - Data do falecimento 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 nasцturo (várias)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, _____
x Luis Rodriguez

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00031244/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/10/2020 15:49:21 Data/Hora Fim: 13/10/2020 16:10:20
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 01/06/2020 07:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: São Vicente

Logradouro: Av. Surumu

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1224: DEIXAR O CONDUTOR DO VEÍCULO, EM ACIDENTE, DE PRESTAR IMEDIATO SOCORRO À VÍTIMA, OU, DEIXAR DE SOLICITAR AUXÍLIO DA AUTORIDADE PÚBLICA (ART. 304 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Venezuelana

Sexo: Masculino

Nasc: 11/05/1999 Idade: 21

Profissão: Empresário

Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Puerto la Cruz

Nome da Mãe: Danubis Lismar Malta de Rodriguez

Nome do Pai: Carlos Guillermo Rodriguez Vargas

Documento(s)

CPF: 709.161.672-32

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 198 AP 01

Logradouro: R dos Buritis

CEP: 69.308-070

Bairro: Treze de Setembro

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Descrição: Não identificado pela vítima

Veículo Adulterado? Não

Situação: Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99113-3855 entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: QUE no dia 01/06/2020, por volta das 07h:00min da manhã, o comunicante saiu de sua residência situada no bairro 13 de setembro em direção ao seu local de trabalho e estava



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00031244/2020

conduzindo sua bicicleta; QUE o comunicante trafegava pela Av. Surumu, no bairro: São Vicente/BV/RR, e ao chegar no cruzamento da Av. Benjamin Constant, um veículo automotor, vindo em alta velocidade, não deu sinal para adentrar em outra avenida, nesse momento ele adentra bruscamente na avenida que o comunicante estava e atingi-o pelo lado esquerdo; QUE o comunicante é arremessado juntamente com sua bicicleta, e perde a lucidez por alguns minutos; QUE ao recobrar a consciência percebe que havia alguns transeuntes em volta e a emergência já estava no local realizando os procedimentos médicos no comunicante; QUE o condutor do veículo havia evadido do local sem prestar socorro ou assistência ao comunicante; QUE ao chegar no Hospital Geral de Roraima o comunicante passou por diversas cirurgias e tratamentos médicos para que voltasse a sua vida normal, que teve sequelas permanentes em seus membros esquerdos (perna e braço); QUE PERGUNTADO para o comunicante se ele consegue identificar o condutor do veículo automotor ou o veículo que estava conduzindo, RESPONDEU: QUE NÃO sabe informar características do veículo ou do condutor que atingiu-lhe. (Documentação médica em Anexo)

QUE o comunicante externa que somente registrou esse B.O na data de hoje (13/10/2020) devido o tempo de seu tratamento e para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção
Matrícula 020116684

Responsável pelo Atendimento

Luis Guillermo Jesus Rodriguez Maita

Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima essentadas e que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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: 709.161.672-32 4 - Nome completo da vítima: Luis Guillermo Jesus R. Maita

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

5 - Nome completo: Luis Guillermo Jesus Rodrigues Maita 6 - CPF: 709.161.672-32
 7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua das Buritis 9 - Número: 198 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Boa Vista 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.308-070
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

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:

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 abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 8526

CONTA: 315340 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: [] CONTA: []

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 - Atualmente: Solteiro(a) Casado(a/civ.) Divorciado Separado judicialmente Viúvo(a) 24 - Data do falecimento 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 Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Boa Vista RR 19 de outubro*
Luis Rodriguez

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

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

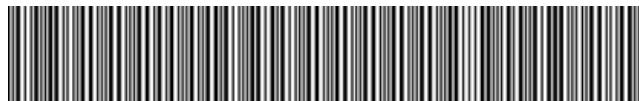
**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059



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 COAF.²

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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.393 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luis Guilherme Jesus Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.161.672 / 32
do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Luis Guilherme Jesus Rodrigues

inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.161.672 / 32, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

Recuso informar e apresento os documentos comprobatórios:

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 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 cc 11</u>	Número:	<u>294</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Jacaraípe</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.318-050</u>
E-mail:	<u>W.Franco992@gmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 14 de outubro de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

LUIS GUILHERMO JESUS RODRIGUES

MAITA

Código 2001246804

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - FAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente	<u>luis Guillermo Jesus Rodrigues Maita</u>	Data Nascimento	<u>12/12/1981</u>	UF	<u>RR</u>	DNI	<u>10574999</u>						
Tipo Doc.	<u>Documento</u>	Órgão Emissor	<u>RG</u>	Sexo	<u>M</u>	Raça/Cor	<u>Branca</u>						
Mês	<u>Dezembro</u>	Data Emissão	<u>12/12/2010</u>	Estado Civil	<u>Solteiro</u>	Naturalidade	<u>Resgate</u>						
Endereço	<u>H H H Rua: Adalfo Hitler 189 / Buritis</u>												
Class. de Risco	Promoção Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sia Frenar								
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE												
Setor	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão							
	<u>URGÊNCIA</u>												
	Type de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:						
Queixa Principal	<u>"acidente de bicicleta-moto"</u>												
Anamnese de Enfermagem	<table border="1"> <tr> <td>GSC</td> <td>TOTAL</td> </tr> <tr> <td>AO: 123</td> <td>RV: 123</td> </tr> <tr> <td>MRV: 123456</td> <td>15</td> </tr> </table>							GSC	TOTAL	AO: 123	RV: 123	MRV: 123456	15
GSC	TOTAL												
AO: 123	RV: 123												
MRV: 123456	15												
Anamnese - (HORA DA CONSULTA)	<p>Paciente trazido pelos Bombeiros, em mancha negra e com colar cervical. (A) Vias aéreas permiçam, verbaliza (B) MV+, SRA, Tóx e crimotóxico (C) Abdome flácido, indolor à palpação, nem sangramentos ativos (D) ECG 15, nem déficits neurológicos (E) Imobilização em MIE, excretas em HSD</p>												
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input checked="" type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO								
TE abdome: ausência de líquido livre no abdome, ausência de pneumoperitôneo. Aparentemente ausência de lesões de órgãos vitais.													
TE tórax: Ausência de hemotorax e pneumotorax.													
Paciente estável hemodinamicamente.													
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para:												
Obito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:												
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IM Anatomia Patológica								
Assinatura do Paciente ou Responsável	Assinatura: <u>luis Guillermo Jesus Rodrigues Maita</u> Dr. Eldon Soares Ortopedista e Traumatologista CRM-RR 1284 RR												
				Carimbo e Assinatura do Médico									
				<u>Thais S. Ferreira</u> Médica CRM-RR 2061									
													



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 05/06/10

O.S. _____

Seses C. J. R. Maia

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frx femur (C) + tibio (C)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Fixador externo em fêmur E e tíbia (C)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: Leonardo

2º AUXILIAR: Marcos A R3

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º auxiliar: M A

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

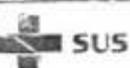
Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 17154 ROE 814

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente com DDA nos plenos ocos de recesso
2) Ampla + oult�cetra
- 3) Colocada da fixação externa 350 em fêmur e 2400 em
fêmur - fixos totais
- 4) Reverso rodilógico
- 5) LNC - curtos
- 6) RPA

Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 17154 ROE 814

Transf: 0810712020



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2001264088

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES

231965-9

4 - CNES

231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

LUIZ GUILLERMO JESUS RODRIGUES MAITA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

00180356

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703201681681095

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/05/1999

11 - NOME DA MÃE

DANUBIS LISMAR MAITA DE RODRIGUES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

LUIZ GUILLERMO JESUS RODRIGUES MAITA

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRÔ)

RUA: MMM - SN -- ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO, UF

140010

RR

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com fx punz

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HO Wuz/0

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

franase + fx fer - PDX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CIRURGIA GERAL

ELETIVO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

ALBERTO FERREIRA DE SOUZA

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

 EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

 CNS CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 08/07/10

O.S. _____

Luis Guilherme
Silva Rodrigues

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fratura (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

RMS + traçado transesquelético

TIPO DE INTERVENÇÃO:

—

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

—

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

o mesmo

CIRURGIAO:

Dr. Alberto

1º auxiliar:

Dr. Pedro de S.

2º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 - Prevenir em DPA dos anestésicos
- 2 - Assepsia + Antissepsia + colocar de campos estériles.
- 3 - RMS da fratura externo
- 4 - traçado transesquelético
- 5 - curativo
- 6 - NPA

Dr. Alberto Pereira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 1617
Título Especialista TEUT - 12603

Dr. Pedro de S. Figueiro
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 4023

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO GERAL

239717

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial do Município de Boa Vista

REGISTRO DE Nascimento Civil

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
709.161.672-32

Nome
LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

Nascimento
11/05/1999

CÓDIGO DE CONTROLE
B976.2E30.B3D6.C4CF



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil!
às 11:39:57 do dia 22/01/2020 (hora e data de Brasília)
Digito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



C-PORTADA. TIT. ACCESORIOS DIBUS Y BONITOS PREVIESTE NO ART. 4 DE LEE. 12.445 AÑO 1961. E. ANG. RECONO
TRASCUENTES RECONOCIMIENTOS DE CALIDAD MATERIA. ESTE DOCUMENTO GARANTE 2 ACTOS ANG. RENDIMIENTO PROBLEMA
DE OFICINA DE INVESTIGACIONES Y CRIMENES. SABERES PROFESIONALES E INVESTIGACIONES TECNICAS. ALIAS DE PERSONA. A
CORPORACION DE LPP. CORTA 2. PAGINAS DE TAMAÑO DINAMICO.

CPF: 000.000.000-00
CLASSIFICAÇÃO: TEMPORÁRIO
PRAZO DE RESIDÊNCIA: 21/01/2022
EMISSÃO #5/02/2020 CIP/DIREx/PP
AVARO LEGAL: PORTARIA INTERMINISTERIAL N° 9/2018

1

A 100% de satisfação sólida que combina a eficiência da tecnologia com a praticidade do uso.

I<BRAF236973E<3<<<<<<<<<<
9905119M2201214VEN<<<<<<<<<<0
RODRIGUEZ<MAIT<<LUIS<GUILLERMO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309857/20

Vítima: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MA]

CPF: 709.161.672-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/06/2020

Titular do CPF: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA : 709.161.672-32

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: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200390312 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS GUILLERMO JESUS **Data do acidente:** 01/06/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
RODRIGUEZ MAITA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA. P.2/4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 MODERADO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Luis Guillermo Jesus Rodriguez Maita
NACIONALIDADE: venezuelano
PROFISSÃO: autônomo
CPF: 109.161.672-32
BAIRRO: 13 de Setembro
CEP 69.308-070
ESTADO CIVIL: Solteiro
RG:
ENDERECO: Rua das Beirafas 198
CIDADE: Boa Vista

VÍTIMA: Luis Guillermo Jesus Rodriguez Maita
CPF: 109.161.672-32
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE
DATA DO ACIDENTE: 01.06.20

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves França
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDERECO: Rua CC 11, 294 Laura Moreira
ÓRGÃO EMISSOR: SSP RR

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), 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.

Boa Vista RR, 29 de julho de 2020

Luis Guillermo Jesus Rodriguez Maita
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309857/20

Vítima: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAIA

CPF: 709.161.672-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/06/2020

Titular do CPF: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA : 709.161.672-32

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: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO