

---

**Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210126609**

**Vítima: ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS**

**Data do Acidente: 24/12/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS**

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 quadril 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: ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000000653**

**Conta: 000000066348-7**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210126609 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS **Data do acidente:** 24/12/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/05/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR DIREITO (TROCÂTER MAIOR).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2 P3 P6)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL 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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# 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: 383.967.262-72 4 - Nome completo da vítima: Erick Anderson da Silva Ramos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011

5 - Nome completo: Erick Anderson da Silva Ramos 6 - CPF: 383.967.262-72  
7 - Profissão: \_\_\_\_\_ 8 - Endereço: Cassiterita 9 - Número: 245 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Joqui Clube 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.318-050  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 99113-3856

**DADOS CADASTRAIS**  
17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECUSO INFORMAR  SEM RENDA  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00066348 7  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**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.

INVALIDEZ PERMANENTE

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  Solteiro  Casado (ou civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo  Outro (informar o grau da 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 (val nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não  
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

MORTE

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
40 - Local e Data: Boa Vista RR 05 de abril de 2021

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Erick Anderson da Silva Ramos  
43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_



**CAIXA**

POUPANÇA



5067 2250 3276 2785

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

ERICK A DA SILVA RAMOS  
0653 013 00066348-7

elo



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00003112/2021

## DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/01/2021 16:18:47 Data/Hora Fim: 22/01/2021 16:48:15  
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 24/12/2020 13:40

## Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Caimbé  
Logradouro: Rua Pastor Fernando Granjeiro  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA DE TRANSITO - AUMENTO DE PENA EM QUALQUER DAS HIPOTÉSES DO § 1º DO ART.302 (ART. 303 § 1º DA LEI 9.503/1997 - CTB )	Veículo
29: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE SE RESULTA EM DEFORMIDADE PERMANENTE (ART. 129, § 2º, INC. IV DO CPB )	Veículo
491: COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME OU DE CONTRAVENÇÃO (ART. 340 DO CPB )	Veículo

## ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS (VÍTIMA , COMUNICANTE )			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 22/03/1970	Idade 50
Profissão: Empresário		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Manaus - AM	
Nome da Mãe: Tereza da Silva Ramos		Nome do Pai: Alcides Ramos	

## Documento(s)

CPF: 383.967.262-72

## Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA CASSITERITA Nº: 245  
Bairro: Jóquei Clube CEP: 69.313-098  
Telefone: (95) 99167-4367 (Celular)

Nome Civil: EMANUELA LIMA RODRIGUES DOS SANTOS (ITEM 01) (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Idade 44

Profissão: Servidor Público  
Estado Civil: Casado(a)

## Documento(s)

RG: 0583354203

## Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA: FRANCISCO CÂNDIDO Nº: 533



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00003112/2021

Bairro: Aeroporto

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 293.281.442-72	<b>Placa</b> NAI1612
<b>Renavam</b> 00149321392	<b>Número do Motor</b> HA05E-W021545
<b>Número do Chassi</b> 9C2HA050WWR021545	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 1998/1998
<b>Número da Carroceria</b> 0	<b>Cor</b> AZUL
<b>UF Veículo</b> RR	<b>Município Veículo</b> Boa Vista
<b>Marca/Modelo</b> HONDA/C100 DREAM	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Situação</b> Meio Empregado, Envolvido	<b>Última Atualização Denatran</b> 11/09/2019
<b>Situação do Veículo</b> RESTRICAO BENEFICIO TRIBUTARIO FILE VEICULOS	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Emanuela Lima Rodrigues dos Santos (item 01)	Proprietário
Erick Anderson da Silva Ramos	Proprietário

## RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99167-4367 entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: QUE o comunicante sofreu um acidente automobilístico no dia 24/12/2020, por volta das 13h:40min da tarde; QUE o comunicante conduzia sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo C100 DREAM, de placa NAI-1612; QUE o comunicante estava trafegando pela Av. Mário Homem de Melo; QUE ao chegar no cruzamento da Rua Pastor Fernando Granjeiro, no bairro: Calimbé/RR/BV, a condutora do veículo CHEVROLET/COLBALT, de placa NAR-5753 invadiu a preferencial e colidiu pelo lado direito no comunicante; QUE o comunicante foi arremessado de sua motocicleta e atingiu o solo bruscamente; QUE o comunicante sofreu diversas fraturas pelo corpo, sendo estas, mais graves em sua perna direita, onde teve fraturas expostas; QUE o comunicante não conseguia se movimentar e ficou imóvel no local do acidente; QUE algumas transeuntes que estavam passando pelo local prestaram socorro ao comunicante; QUE passado um período de 20 minutos a equipe do SAMU chegou no local; QUE não sabe quem ligou para a emergência (190), informando o local do ocorrido; QUE realizaram os primeiros socorros e imobilizaram a perna do comunicante e deslocaram-se ao Hospital Geral de Roraima, onde recebeu o devido tratamento médico; QUE advindo do acidente o comunicante obteve sequelas permanentes na perna direita.

**QUE o comunicante recebeu a fotocópia do Boletim de Ocorrência de nº 41755/2020, confeccionado através do ROP PM J-813218, ao qual não condiz com a verdade; QUE o comunicante externa, que como foi conduzido ao hospital, e aproveitando dessa situação quando chegou a polícia militar no local a condutora do veículo de nome EMANUELA LIMA RODRIGUES DOS SANTOS e seu marido que é policial militar valendo do sua profissão relatou fatos falsos que não condizem com a verdade do relato tendo que a avenida sempre será preferencial e no ROP consta como se o comunicante houvesse atingindo a condutora, mas quem atingiu foi a condutora no seu veículo, 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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.**

Fls: 3

Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00003112/2021

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção

Matrícula 020116684

Responsável pelo Atendimento

Erick Anderson da Silva Ramos

Vítima, Comunicante

\*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima asseridas 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.\*

# 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: 383.967.262-72 4 - Nome completo da vítima: Erick Anderson da Silva Ramos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011

5 - Nome completo: Erick Anderson da Silva Ramos 6 - CPF: 383.967.262-72  
7 - Profissão: \_\_\_\_\_ 8 - Endereço: Cassiterita 9 - Número: 245 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Joqui Clube 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.318-050  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 99113-3856

**DADOS CADASTRAIS**  
17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECUSO INFORMAR  SEM RENDA  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00066348 7  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**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.

INVALIDEZ PERMANENTE

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  Solteiro  Casado (ou civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo  Não informado  
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 (val nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não  
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

MORTE

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
40 - Local e Data: Boa Vista RR 05 de abril de 2021

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Erick Anderson da Silva Ramos  
43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_



**CAIXA**

POUPANÇA



5067 2250 3276 2785

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

ERICK A DA SILVA RAMOS  
0653 013 00066348-7

elo

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2020	16/01/2021	356	234,64

RAIMUNDA BARROS RODRIGUES  
 CPF: 00082341273220  
 R. CASSITERITA 245 - JOQUEI CLUBE  
 CEP: 69.313-098 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	21/12/2020	Anterior:	19/11/2020
Emissão:	18/12/2020	Próxima leitura:	21/01/2021
		Apresentação:	21/12/2020
		Dias de consumo: 32	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.4.1.1	RESID. BX. RENDAMONOF	F2720551		NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	kWh	INJETADO	kWh	INJETADO	kWh	INJETADO	kWh
	TOT/PTA	TOT/PTA	FPONTA	FPONTA	INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO
Leit. Atual	28861						
Leit. Anterior	28505						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	356						
Faturado:	356						

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	30 A R\$ 0,237924 =	7,13
	70 A R\$ 0,407877 =	28,55
	120 A R\$ 0,611815 =	73,41
	136 A R\$ 0,679799 =	92,45
SUBVENCAO BAIXA RENDA ILLUMINACAO PUBLICA	40,46	33,10

OUTRAS INFORMAÇÕES	
TARIFA SOCIAL TRIBUTOS:	
10 A R\$ 0,00 =	0,00
221 A R\$ 356 - 0,553678	196,26
Média 12 meses:	369



**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2021, em função das contas regularizadas neste fatura, e não pagamento, para evitar também a inclusão do nome do consumidor no CADIN. Informamos ainda existirem contas vencidas e a regularizá-las no valor de R\$ 211,45 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mês/Ano Valor R\$  
 11/2020 348,01

LIGUE 0800709130 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 E 11 16 21 25

RESERVADO AO FISCO CCS9.4F16.82FD.2809.D893.0A18.689F.2011

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Energia:	95,60
Distribuição:	60,84
Transmissão:	0,00
Encargos:	7,54
Perdas:	
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Base de Cálculo:	201,54
ALÍQUOTA	VALOR
ICMS: 17,00%	34,26
PIS: 0,29%	0,58
COFINS: 1,35%	2,72
Tributos:	37,56

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	2,70		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	3,00		
DMIC	Mensal	DICRI	Mensal
Limite	4,99	Limite	
Realizado	1,71	Realizado	
Conjunto:	Mês apuração:	EUSD:	
FLORESTA	10/2020	83,35	

**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: 7352708

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

LAURA MOREIRA

69318050 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>04/2021</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>10-MAR-21 a 08-APR-21</b>
CONSUMO (kWh) <b>559</b>	VENCIMENTO <b>06-MAY-21</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 357,99</b>

**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**

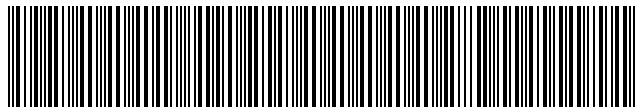
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>04/2021</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 357,99</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

83600000031.579900750004.000000000703.349404210057



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Eric Anderson da Silva Ramos inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.967.262 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Eric Anderson da Silva Ramos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.967.262 / 72, 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 CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento:
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

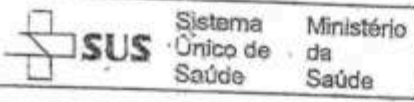
Local e Data: Boa Vista RR 05 de Abril de 2021

William Gonçalves Franco  
Assinatura do Declarante



transf. 25.12.20

PAAR



### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: MGR

2 - CNES: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

4 - CNES: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 184231

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): [ ]

8 - DATA DE NASCIMENTO: 22/03/70

9 - SEXO: Mas

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Tereza do Sivo Ramos

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 95 9116511709

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Constante 248 aqui perto

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Quero está

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: [ ]

15 - UF: RR

16 - CEP: [ ]

#### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Fx de TROCENITA NAION Femur (D).

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: ANAMNese + EX FÍSICO + RX

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Ai ACUM

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Fx de TROCENITA NAION Femur (D)

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: [ ]

26 - CLÍNICA: [ ]

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: [ ]

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF [ ]

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: [ ]

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: DR PANTUF

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 29/12/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: [Signature]

#### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO: [ ]

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: [ ]

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO: [ ]

36 - CNPJ DA SEGURADORA: [ ]

37 - Nº DO BILHETE: [ ]

38 - SÉRIE: [ ]

39 - CNPJ EMPRESA: [ ]

40 - CNAE DA EMPRESA: [ ]

41 - CBOR: [ ]

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

#### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [Signature]

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: [ ]

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF [ ]

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [ ]

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 29/12/2020

48 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: [Signature]

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0301060089 8039

CONFERE COM ORIGINAL

PAAL-SM- FARMACIA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RR  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ERICK ANDERSON DA SILVA		
DIAGNÓST	FX TRANSTROCANTERICA DE FEMUR D		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	25/12/2020
ÍTEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	AVP		AVP
3	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H		
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		SUSP
5	PLASIL10MG EV 8/8H S/N		SN
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SN
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
8	CURATIVO DIARIO		CURATIVO
9	SSVV + CCGG 6/6H		ROTINA
11	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		16
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H		18 06
13			
14	HEPARINA ENDOVENOSA 1ML SC 2X AO DIA NA FALTA		08 20
	DO ITEM 11		
	AO HC SE VAGA OU BLOCO A		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

*[Signature]*  
Mário Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1564

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

*[Signature]*  
Mário Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1564



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

DE CLINICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ENICK ANDERSON - DA SILVA MANGAS				
DIAGNÓSTICO	FRATURAS MÚLTIPLAS FEMUR (D)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	30/11/2020 24/12/202	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				M. M. M.
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H S/N				SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				(6)
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h NT (1) 5 (33)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				ML
15					
16					
17					
18	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Csaila Pereira do Nascimento  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 778.674-TE

Joyce André dos Santos  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 276.123

Lael do Santos da Silva  
Téc. em Ortopedia e Traumatologia  
COREN-RR 2015

SINAIS VITAIS	PA	FC	TEMP	SPO <sub>2</sub>
6 H	120x80	68	36,0	95%
12 H	121x80	79	36,70	96%
18 H				
24 H	130x80	67	36,4	98%

Dextro  
MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.  
Jardison Silva Carvalho  
Téc. em Enfermagem do Trabalho  
COREN-RR 808.929-TE

25



HC 2.341

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 25/2/20

PACIENTE: Erick Anderson Silva DN: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS: fr. fraturas múltiplas (semir)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: PAAR 1

2- PACIENTE:  ACAMADO ( ) DEAMBULA ( ) O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA:  VIA ORAL ( ) SNE ( ) OUTRA \_\_\_\_\_

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS?  SIM ( ) NÃO ( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM?  SIM ( ) NÃO ( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA?  SIM ( ) NÃO ( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: \_\_\_\_\_  
PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR: Sinbomelina + Casoron

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

paciente com quebras ósseas  
sem alterações de sensibilidade  
LOTE BFG, curando

Boa Vista, 23 de Junho de 2020 Hora: \_\_\_\_\_

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1824

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE. CRM \_\_\_\_\_

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Giseli Rodrigues  
Médica  
CRM-RR 2043

CRM \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

HC ( ) HLI ( ) HMI ( ) OUTRO \_\_\_\_\_



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS, 50 ANOS  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 25/12/2020, COM  
DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE TROCANTER MAIOR DE FEMUR ? E NO DIA  
NÃO REALIZADA, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
DEFINIDO COMO CONSERVADOR SENDO  
OPERADO PELO DR. DR DR JONATHAS E PELO DR. 0  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 30/12/2020 ÀS \_\_\_\_\_, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 02 (DUAS) SEMANAS APÓS CIRURGIA  
COM DR DR JONATHAS.

### ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. **NÃO** PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO;
3. **NÃO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA;
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. **NÃO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. **AGENDAR** CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAIOS X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

MARCELO ARRUDA

OBS: EM RX FEITO NO HC NÃO SE VIU SINAIS DE FRATURA DE TROCANTER

*Loamir Viana*  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2124

quarta-feira, dezembro 30, 2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDELIO CRUZ



Polegar Direito



*William gonçalves franco*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

**WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO

**GERALDO ROCHA FRANCO**

**MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO**

NATURALIDADE

**SANTA INÊS - MA**

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

DOC. ORDEM

**CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

**2 OF BOA VISTA - RR**

825.396.343-20

**AMADEU ROCHA TRIANI**

Perito Papiloscópico do Polícia Civil

Estado de RR

2 VIA

LEI Nº 7.118 DE 26/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



*Erick Anderson da Silva Ramos*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

570299-2

DATA DE EXPEDIÇÃO

18/06/2019

NOME

ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS

FILIAÇÃO

ALCIDES RAMOS

TEREZA DA SILVA RAMOS

NATURALIDADE

MANAUS - AM

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 26790 FLS 122 LIV A-74

5 OF MANAUS-AM

CPF

383.967.262-72

1ª V/A

DATA DE NASCIMENTO  
22/03/1970

AMADEU ROCHA TRIANI  
Partido Progressista dos Povos (PP) - C/101  
Diretor de RENC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



**Polegar Direito**

*Erick Anderson da Silva Ramos*  
ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **570299-2** DATA DE EXPEDIÇÃO **18/06/2019**

NOME  
**ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS**

FILIAÇÃO  
ALCIDES RAMOS  
TEREZA DA SILVA RAMOS  
NATURALIDADE  
MANAUS - AM  
DOC. ORIGEM  
CERTD NASC 26790 FLS 122 LIV A-74  
5 OF MANAUS-AM  
CPF  
383.967.262-72

DATA DE NASCIMENTO  
**22/03/1970**

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Ponto Paleontológico de Patate Cruz  
Diretor do IODC

1ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



**Polegar Direito**

*Erick Anderson da Silva Ramos*  
ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **570299-2** DATA DE EXPEDIÇÃO **18/06/2019**

NOME  
**ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS**

FILIAÇÃO  
ALCIDES RAMOS  
TEREZA DA SILVA RAMOS  
NATURALIDADE  
MANAUS - AM  
DOC. ORIGEM  
CERTD NASC 26790 FLS 122 LIV A-74  
5 OF MANAUS-AM  
CPF  
383.967.262-72

DATA DE NASCIMENTO  
**22/03/1970**

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Ponto Paleontológico de Patate Cruz  
Diretor do IODC

1ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

11419V201-ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS  
 NPR Em testemunho MA da verdade Boa Vista, 09/08/2020  
 Empl: 2,58 FUNDEJURR: 0,26 FISC: 0,13 FECON: 0,13 SS: 0,13 V<sup>1</sup> Selo: 1,50  
 Selo REC FIR 158345A800 G8TC2JUSMRU310N Ticket: 00208  
 Consulte seu selo: <https://cidadao.portalseletr.com.br>  
 CPF Solicitante: 38396728272

VALOR R\$ \_\_\_\_\_  
 Nome do Comprador: Erick Anderson da Silva

RG: 570299-2 CPF/CNPJ: 383967.262-7

Endereço: R: Lassiterita n= 245

Jaqui clube Conjunto Do Servico

Assinatura do Proprietário/Vendedor: Ailson Vieira de Souza

Assinatura do Comprador: Erick Anderson da Silva Ramos

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e recolhidas até a data da comunicação (lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente tem prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento das firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICAÇÃO.

DE ACORDO \_\_\_\_\_

**CARTÓRIO LOUREIRO** DR. JOZIEL LOUREIRO  
 TABELÃO E REGISTADOR  
 AV. VILLI BOY, Nº 506 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL. (051) 3034-6097 - ATENDIMENTO: 08:00H ÀS 18:00H  
 REC AUTENTICAÇÃO ASSINATURA(S)  
 PROPRIETÁRIO - AILSON VIEIRA DE SOUZA  
 FSG Em testemunho da verdade Boa Vista, 07/10/2020  
 Empl: 2,58 FUNDEJURR: 0,26 FISC: 0,13 FECON: 0,13 SS: 0,13 V<sup>1</sup> Selo: 1,50  
 Selo REC FIR 15834567RX80KPYJH9SW68 N° Ticket: 00341  
 Consulte seu selo: <https://cidadao.portalseletr.com.br>  
 CPF Solicitante: 29328144272  
 SIUTA  
 André G. Sabino  
 Escrevente Autorizado  
 Cartório Loureiro

**CARTÓRIO LOUREIRO** DR. JOZIEL LOUREIRO  
 TABELÃO E REGISTADOR  
 AV. VILLI BOY, Nº 506 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL. (051) 3034-6097 - ATENDIMENTO: 08:00H ÀS 18:00H  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
 DETRAN - RR Nº 013746552477  
**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**  
 VIA: 01 COD. RENAVAM: 00149321392  
 NOME/ENDEREÇO: AILSON VIEIRA DE SOUZA  
 AV CENTENARIO CASA CENTENARIO Nro:1309 BOA VISTA-RR 69312603  
 CPF/CNPJ: 293.281.442-72 PLACA: NAI1612  
 NOME ANTERIOR: FRANCISCO DAS CHAGAS DA S SOUSA  
 PLACA ANT/UF: IB342 RR CHASSI: 9C2HA050WWR021545  
 ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. COMBUSTIVEL: GASOLINA  
 MARCA/MODELO: HONDA/C100 DREAM ANO FAB: 1998 ANO MOD: 1998  
 CAP/POT/CIL: 2P/0100CC/ CATEGORIA: PARTICU COR PREDOMINANTE: AZUL  
 OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO \* DETRAN-RR LEILA B 01/2018 LOTE 44 PROIB SAIR DA AMAZ OCI D \*  
 BOA VISTA/RR Francisco Beserra Marques 05/04/2018  
 Diretor Presidente  
 DETRAN-RR

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210126609 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS **Data do acidente:** 24/12/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/05/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR DIREITO (TROCÂTER MAIOR).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2 P3 P6)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL 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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE :

NOME: Bruck Anderson da Silva Ramos  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: autônomo RG: 57-0299-2  
CPF: 383.967.262-72 ENDEREÇO: Cassipora  
BAIRRO: João Cláudio CIDADE: Boa Vista  
CEP: 69.313-098

VÍTIMA: Bruck Anderson da Silva Ramos  
CPF: 383.967.262-72 DATA DO ACIDENTE: 24/12/2020  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: casado  
PROFISSÃO: autônomo  
Nº DO RG: 239917 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC11, 294 Moura Moura

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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, 05 de Abril de 2021.

Bruck Anderson da Silva Ramos  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0104090/21

**Vítima:** ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS

**CPF:** 383.967.262-72

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 24/12/2020

**Titular do CPF:** ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS

**CPF de:** Próprio

## 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

### **ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS : 383.967.262-72**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2021  
Nome: ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS  
CPF: 383.967.262-72

ERICK ANDERSON DA SILVA RAMOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2021  
Nome: MARCELO ALVES DE SOUSA  
CPF: 268.887.098-09

MARCELO ALVES DE SOUSA