

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **PABLIO VIEIRA DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180480706**

Vitima: **PABLIO VIEIRA DE SOUSA**

Data do Acidente: **29/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180480706**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13488231



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: PABLIO VIEIRA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180480706

Vítima: PABLIO VIEIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 29/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180480706**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

780.825.522-04

PABLO VIEIRA DE SOUSA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo PABLO VIEIRA DE SOUSA		CPF titular da conta 780.825.522-04	Profissão RECURSA
Endereço RUA IVONE PINHEIRO		Número 890	Complemento
Bairro TANCREDO NEVES	Cidade BOA VISTA	Estado BOCAIMA	CEP 69.313-510
Email			Telefone (DDD) 14513623-9134

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 0653 (Informar dígito se existir)		D/V 		CONTA NRO. 132.536 (Informar dígito se existir)		D/V 4 (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 		D/V 		CONTA NRO. 		D/V 	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 04 de Outubro de 2018

Local e Data

Pablo Vieira de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030337/2018-A01

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa JWZ3515	Número do Chassi *****17C52
Ano/Modelo Fabricação 2004/2004	Cor Azul
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo TOYOTA/COROLLA XLI16VVT	Modelo TOYOTA/COROLLA XLI16VVT
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
James Alves Silva	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa NAH3911	Número do Chassi *****03201
Ano/Modelo Fabricação 1989/1989	Cor Preta
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG 125	Modelo HONDA/CG 125
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Pablo Vieira de Sousa	Possuidor

## RELATO/HISTÓRICO

Compareceu neste Distrito Policial, uma Guarnição da Polícia Militar, para entregar o ROP/PM Nº 809159, informando sobre um acidente de trânsito, conforme relato a seguir:

Accionados, via CIOPS, para a averiguação de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, no local, constatamos o fato, onde segundo informações do item 01, o mesmo trafegava pela Rua Mestre Albano no sentido>centro, conduzindo seu V01, quando no cruzamento com a Av. Nº Srª de Nazaré, o mesmo parou no canteiro central para aguardar o item 02 passar, quando o item 02, que conduzia seu V02 pela Av. Nº Srª de Nazaré, no sentido>Av. Gal. Ataíde Teive, fez a conversão à esquerda (para fazer retorno na mesma avenida que seguia), vindo a colidir no item 01 que estava parado, vindo a causar danos pessoais ao item 01 e danos materiais a ambos os veículos (conforme dados periciais, realizado pelo PERITO GLEYDSON). Informo que a Srª ROSINETE NASCIMENTO SANTOS – moradora da Rua Raimundo Penafort, 1299, Asa Branca, afirma ter visto o acidente e confirma os dados acima repassados.

Informo ainda que após os procedimentos periciais e o local ter sido liberado, o item 02, foi autuado (autos nº SE00103654 e SE00103768) por estar com seu V02 em atraso e por estar com sua CNH em atraso, sendo seu V02 liberado para a cnh nº 01390399207- RONILSON RIBEIRO LIMA, apresentado pelo condutor, e por não ter guincho disponível para condução ao pátio Detran. Já o item 01, foi autuado (auto nºA157-019904) por não possuir cnh, conforme consulta do nome no sistema getran, e teve seu V01 recolhido ao pátio na carroceria da viatura, por não ter nenhum responsável pelo veículo no local, tendo em vista o item 01 ter sido conduzido para o pronto socorro para atendimento médico, conforme (DRR nº D153- 027415). Informo que o item 01 foi conduzido ao PSE pelo SAMU, para atendimento médico, não sendo possível, apresentá-lo a este DP pela prática de crime de trânsito, conforme prevê o CTB.

Apresento-vos este ROP para conhecimento e providências cabíveis. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

O comunicante e vítima do acidente, Sr. Pablo Vieira de Sousa, compareceu nesta especializada para corrigir os dados referentes ao seu nome, que estava erroneamente descrito como Pablo. Além disso, nos informou que o mesmo é habilitado desde 29/05/2003 conforme habilitação de número 02908186712 e não como consta no ROP/Fm que cita que o mesmo não possui habilitação. Informo ainda que o possível engano dos policiais em relação aos dados da vítima é pelo fato do Sr. Pablo, no momento da chegada dos PMS, já ter sido conduzido ao HGR pela equipe do SAMU. É relato.



Delegado de Polícia Civil: Eric Silva Pereira  
 Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo  
 Data de impressão: 01/10/2018 10:06  
 Protocolo nº: Não disponível



Página 2 de 3

PP - Sistema de Procedimentos de Polícia



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030337/2018-A01

### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/10/2018 09:53 Data/Hora Fim: 01/10/2018 10:06  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 809159 Data: 29/07/2018  
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 29/07/2018 22:10

#### Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Asa Branca

Logradouro: Av. Nossa Senhora de Nazaré com Rua Mestre Albano

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1472: Acidente de trânsito sem vítima - Colisão traseira	Veículo

### ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JAMES ALVES SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

#### Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 116919

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Acari

Nº: 844

Bairro: Santa Tereza

Nome Civil: PABLO VIEIRA DE SOUSA (ENVOLVIDO, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Ivone Pinheiro

Nº: 890

Complemento: apt 06

Bairro: Asa Branca

Telefone: (95) 99163-1940 (Celular)

Nome Civil: 3º SGT DARLEUDO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Profissão: Policial Militar

Nome da Mãe: Não Informado

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR



SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030337/2018-A01

ASSINATURAS

**DAT**  
*Jorge Fernando Paiva Figueiredo*  
Jorge Fernando Paiva Figueiredo  
Responsável pelo Atendimento

*Pablo Vieira de Sousa*  
Pablo Vieira de Sousa  
(Envolvido / Vítima)

Declaro sob as devidas penas legais que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339 da Lei nº 12.806/2013 e 340 da Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

**CONFERIDOR**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

PABLO VIEIRA DE SOUSA

CPF da Vítima

280.825.522-04

Data do Acidente

29.07.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

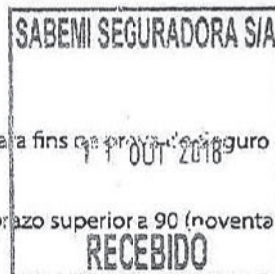
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova de seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.



Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bo Vista, 04 de outubro de 2018

Local e Data

Pablo Vieira de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





# PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 809159

Vtr	SUCo	Data	S/Setor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin
CIPTUR 01	CIPTUR	29/07/2018	LESTE	22:10	22:10	22:25	23:59

Cód. Cid.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	KmL	KmF.
100 91309	1 070 13010 10000/10000	XXXX	17521	17539

## LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av./Rua: AV. Nº 517 DE NAZARÉ X RUA MESTRE ALBANO Nº S/N Bairro: ASA BRANCA Ref: CRUZAMENTO

## PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO Nome: PABLO VIEIRA DE SOUSA Idade: 37 E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: AV. NOSSA SENHORA DE NAZARÉ (NÃO SOUBE INFORMAR) Bairro: XXXXXXXXXX
RG: NÃO PORTAVA CNH NÃO POSSUI Profissão: ELETRICISTA
CPF: NÃO PORTAVA Telefone: XXXXXX
2 ENVOLVIDO Nome: JAMES ALVES SILVA Idade: 43 E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: RUA AGARÍ Nº 844 Bairro: SANTA TEREZA
RG: 18919-RR CNH: 03532598711 Profissão: PEDREIRO
CPF: NÃO PORTAVA Telefone: XXXXXX

## VEÍCULOS APREENDIDOS

V01: HONDA CB 250 FORTA E PLACA Nº 43M11-RR (DANOS CONFORME PERICIA)  
V02: TOYOTA HILUX AZUL E PLACA Nº JW27515-RR (DANOS CONFORME PERICIA)

RECEBI OS CONDUZIDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: NÃO HÁ CONDUZIDOS.

ASSINATURA *[Assinatura]* CARGO *Agente* LOCAL *2º DP*

## HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO (a):

Acionados, via CIOPS, para a averiguação de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, no local, constatamos o fato, onde segundo informações do item 01, o mesmo trafegava pela Rua Manoel Albano no sentido>centro, conduzindo seu V01, quando no cruzamento com a Av. Nº Srª de Nazaré, o mesmo parou no canteiro central para aguardar o item 02 passar, quando o item 02, que conduzia seu V02 pela Av. Nº Srª de Nazaré, no sentido>Av. Gal. Ataíde Teive, fez a conversão à esquerda (para fazer retorno na mesma avenida que seguia), vindo a colidir no item 01 que estava parado, vindo a causar danos pessoais ao item 01 e danos materiais a ambos os veículos (conforme dados periciais, realizado pelo PERITO SLEYDSON). Informo que a Srª ROSINETE NASCIMENTO SANTOS – moradora da Rua Raimundo Penafort, 1299, Asa Branca, afirma ter visto o acidente e confirma os dados acima repassados.

Informo ainda que após os procedimentos periciais e o local ter sido liberado, o item 02, foi autuado (autos nº 000103654 e SE00103768) por estar com seu V02 em atraso e por estar com sua CNH em atraso, sendo seu V02 liberado para a CNH nº 01320399207- RONILSON RIBEIRO LIMA, apresentado pelo condutor, e por não ter guincho disponível para condução ao pátio Detran. Já o item 01, foi autuado (auto nº A157-018904) por não possuir CNH, conforme consulta do nome no sistema getran, e teve seu V01 recolhido ao 1º DP para guarda da vítima, por não ter nenhum responsável pelo veículo no local, tendo em vista o item 01 ter se encaminhado para o pronto socorro para atendimento médico, conforme (DRR nº D153-027415). Informo que o item 01 foi conduzido ao PSH pelo SAMU, para atendimento médico, não sendo possível, apresentar o 1º DP pela prática de crime de trânsito, conforme prevê o CTB.

Apresento-vos este ROP para conhecimento e providências cabíveis. ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

POLÍCIA MILITAR - RR  
CPC-P2-P3  
CONFERE COM ORIGINAL  
DATA 06/09/18  
EC. *[Assinatura]*

SABEMI SEGURADORA S/A

DARLEUDD  
Nome

40.676-3  
Matrícula

5 SGT PM  
Posto/Grad

CIPTUR1 OUT 2018  
Und

*[Assinatura]*  
Assinatura

RECEBIDO



## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

1186

PREFEITURA  
BOA VISTA

UNIDADE:

EQUIPE:



192

Paciente: Fabio Vinicius da SouzaIdade: 38Sexo: MNacionalidade: Brasileiro

Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [X] Amarela [ ] Indígena-Etnia

Endereço: Rua Wagner Barbosa de Aguiar, s/nº, Anísio Nogueira Bairro Ana BrancaNº 19154DATA 29/10/18HORA J/9: 22:14BASE ☒ VIA ( )

( ) RÁDIO

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Dr. PauloHORA J/10: 22:17☒ CELULAR

MOTIVO DO ACIONAMENTO:

Acidente de trânsito com vítima inanimada

ACIONAMENTO

☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NA BASE ☐ OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( ) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )

## MECANISMO DE TRAUMA

## AUTOMÓVEL

- ☐ Capotamento  
☐ Atropelamento  
☐ Colisão AUTO x  
☐ Motorista  
☐ Passageiro Banco dianteiro  
☐ Passageiro Banco traseiro

## PEDESTRE

- ☐ Atropelamento/ ☐ CICLOVIA  
☐ VIA ☐ CALÇADA ☐ FAIXA

## AUTOMÓVEL

- ☐ Uso do cinto  
☐ Vítima projetada  
☐ Vítima encarcerada  
☐ Air Bag Acionado

## MOTOCICLETA / BICICLETA

- ☐ Colisão MOTO X  
☐ Queda de moto ☐ Com capacete  
☐ Atropelamento ☐ Sem capacete  
☐ Queda de Bicicleta  
☐ Piloto ☐ Garupa

## VIOLENCIA

- ☐ FAB  
☐ RAF  
☐ Espancamento  
☐ Violência Doméstica  
☐ Violência Sexual  
☐ Tentativa de suicídio  
☐ Outro:

## OUTROS

- ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto  
☐ Queda, Altura aprox.:  
☐ Acidente Doméstico  
☐ Queimadura Agente  
☐ Afogamento  
☐ Agressão p/animal  
☐ Outros:

## AVALIAÇÃO INICIAL

## VIAS AÉREAS

- ☒ Livre  
☐ Obstrução Parcial  
☐ Obstrução Total  
☐ Corpo estranho  
☐ Edema de Glote  
☐ Outro

## VENTILAÇÃO

- ☐ Eupneico  
☐ Apnéia  
☐ Dispneia  
☐ Bradipnéia  
☐ Taquipnéia  
☐ Roncos  
☐ Sibilos  
☐ Respiração paradoxal

## CIRCULAÇÃO

- ☐ Normocárdico  
☐ Bradicárdico  
☐ Taquicárdico  
☐ Arritmico  
☐ Enchimento capilar acima de 2"  
☐ Ausente  
☐ Cianose central  
☐ Cianose de extremidade

## AVAL. NEUROLÓGICA

- ☐ AVDN  
☐ Miose  
☐ Midríase  
☐ Anisocoria [ ] D [ ] E  
☒ Aparentemente Etilizado  
☐ GLASGOW

## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR
Início	<u>140/90</u>	<u>120</u>	<u>18</u>	<u>98%</u>				
Fim	<u>140/90</u>	<u>110</u>	<u>18</u>	<u>98%</u>				

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax		Abdome
<input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Palida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Subcutâneo	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Contusão pulmonar <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração	
Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	OCULAR	VERBAL	MOTORA
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação	4 Espontânea 3 Ao comando 2 A dor 1 Sem resposta	5 Orientado 4 Confuso 3 Palavras inapropriadas 2 Palavras incompreensíveis 1 Sem resposta	6 Obedece a comandos 5 Localiza a dor 4 Movimento de retirada 3 Flexão anormal 2 Extensão anormal 1 Sem resposta

## AVALIAÇÃO CARDÍACA

- ☐ Ritmo Sinusal  
☐ Taquicardia  
☐ Bradicardia  
☐ Filúter

- ☐ Fibrilação atrial  
☐ Fibrilação ventricular  
☐ Assístolia

## AFECÇÃO CLÍNICA

- ☐ Respiratória  
☐ Neurológica  
☐ Psiquiátrica  
☐ Metabólica  
☐ Cardiovascular  
☐ Aborto

- ☐ Digestiva  
☐ Infecciosa  
☐ Obstétrica  
☐ Outra

## HIS

- ☐ Diabetes  
☐ Cardiopatia  
☐ HAS  
☐ Medicação de uso

## SABEM SEGURADORA S/A

- ☐ Alergias  
☐ Outros

11 OUT 2018

RECEBIDO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Generis de Pinheiro  
Clínica Geral  
CRM 227-RR

INCIDENTE

- ☐ Cancelamento  
☐ Recusa de Atendimento  
☐ Não se encontrava no local - EVASÃO  
☐ Recusa de hospitalização  
☐ Trote  
☐ Bombeiro no local:

- ☒ Polícia Militar  
☐ Guarda Municipal  
☐ SMTRAN  
☐ Bombeiro  
☐ Outros:

## MULTIPLS MEIOS ACIONADOS

RCP

- ☐ Iniciada as: ☐ Término as:  
☐ RCP com sucesso  
☐ RCP sem sucesso  
☐ Obs:

OBSERVAÇÕES

CONFERE COM O ORIGINAL  
17/10/18  
J. J. J.



DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lote Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros
CASO CLÍNICO	Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar. Assinatura do Paciente: _____		
PERTINENCE DO PACIENTE	Descrição: _____		
	Nome do Receptor: _____		
	Função do Receptor: _____		
	Assinatura do Receptor: _____		
TERMO DE RECUSA	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:		
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>transporte para unidade hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:		
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____		
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____		
TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____			

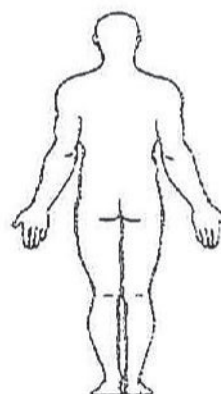
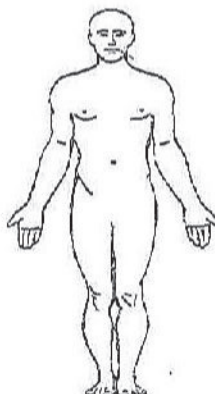
SABEMI SEGURADORA S/A

11. OUT. 2018

RECEBIDO

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos prontamente a estimulação	Escondidos	5
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Aberto	4
Abertura ocular após estímulo da extremidade dos braços	A Pressão	3
Ausência persistente de abertura ocular sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testado	NT
Resposta Verbal	Classificação	Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome local e data	Gravada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Contida	4
Palavras isoladas inteligíveis	Políticas	3
Apenas gemidos	Bons	2
Ausência de resposta verbal sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testado	NT
Resposta motora	Classificação	Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	5
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou do corpo	Localizada	4
Flexão/pronção do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Extensão/pronção do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não Testado	NT



Paciente internado de unidade - HGR  
com diagnóstico de síndrome de Down.  
Nada mais a declarar.

Obj. Diagnóstico, de acordo com o diagnóstico (HGR)  
Unidade (HGR)

AN=0

AN=0

Ext= pulsos normais e deves

CD= síndrome de Down

transporte para HGR

*[Assinatura]*  
Dr. Edson Soares Pinto

Edson Soares Pinto  
Enfermeiro  
COREN- 260 099- Enf

ASSINATURA E CARIMBO

CONFERE COM O ORIGINAL  
EM: 17/08/18  
*[Assinatura]*





**ELEKTROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA  
VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 1522494

**MARIA ROSALIA GRANJEIRO**

R. IVONE PINHEIRO, 890 , 6

TANCREDO NEVES

69313510 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1029649	MÊS 09/2018	PERÍODO DE CONSUMO 28-AUG-18 a 25-SEP-18
CONSUMO (kWh) 132	VENCIMENTO 11-OCT-18	TOTAL A PAGAR R\$ 119,03

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

recorte aqui



**ELEKTROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA  
VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1029649	MÊS 09/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 119,03
-------------------------	----------------	-----------------------------

836700000018.190300750006.000000001024.964909180058





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

SABEM-SEGURADORA S/A

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 1347705

11 OUT 2018

**ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO**

AV DRA YANDARA, 3573, LT 01

CENTRO

69373000 RORAINOPOLIS

**RECEBIDO**

NR

CÓDIGO ÚNICO 1444506	MÊS 08/2018	PERÍODO DE CONSUMO 27-JUL-18 a 27-AUG-18
CONSUMO (kWh) 415	VENCIMENTO 11-SEP-18	TOTAL A PAGAR R\$ 120,39

**OBSERVAÇÕES**

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

autenticação mecânica

recorte aqui



**ELETOBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1444506	MÊS 08/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 120,39
-------------------------	----------------	-----------------------------

836600000019.203900750001.000000001446.450608180052





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Roberto de M. Neto inscrito (a) no CPF 006.793.433 / 18 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Abílio Vieira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 780.825.522 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Trabalhador da Vítima Abílio Vieira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 780.825.522 / 04 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>Av. Dr. Yendere</u>		Número <u>3523</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Ribeirão Preto</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>69.323-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>195/3523-9134</u>	Telefone celular (DDD)

30 de Outubro de 2018  
Local e Data

[Assinatura]

Assinatura do Declarante





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

Rosália Gomes da Silva  
Aux. Serv. Saúde

30.07.18

2

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente	PABLO VICENTINI DE SOUSA		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
Tipo Doc	Documento	Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Mãe			Pal	Contatos			
Endereço							
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor	URGÊNCIA		Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
Moviliza do com frimento contante	AC: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		

de língua

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

AVULSÃO DO ODONTO FRIMENTO NA LINGUA

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Exatidão/ EVOLUÇÃO		
15 23:10		

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (até 24h) ☐ Alta a Revolta ☐ Interação ☐ Transferência para: Data/Hora da Saída/Alta: / / : :

Óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Fama ☐ M

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

SABEMI SEGURODORA S/A  
11 OUT 2018  
RECEBIDO





VERDE

Guia de Atendimento 02

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

HGB



1800988992	31/07/2018 14:29:09	FICHA DE ATENDIMENTO - CLÍNICA MÉDICA		DIURNO 07-19 165	
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
PABLO VIEIRA DE SOUSA	04/10/1980	37 A 9 M 27 D	898002766342488	78082552204	
Tipo Doc Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE 4136438		M		PARDA	BRASILEIRA
Mãe					
MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE SOUSA					
Endereço					
RUA - IVONE PINHEIRO - 890 - TANCREDO NEVES - BOA VISTA - RR					
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	S s Prenatal
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Ator	Temp.	Peso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA		36.00		140 x 80
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA		CASSIA ANDRADE		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
CORTE NA LINGUA, HEMATOMA EM OLHO "E", DOR EM OMBRO "D", FERIMENTO EM PQUIT, 2018					
Anamnese de Enfermagem					
NEGA HAS, DM OU ALERGIAS A MEDICAMENTOS, SEM FITAS PARA DEXT. NO. RECEBIDO: 12:34 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 16:00 h)					
Paciente relata que no domingo (23/07) sofreu acidente de moto, com trauma em ombro (D) e região em clavícula (D), evoluindo com limitação do movimento do M.D.					
Exame Físico					
Hipótese Diagnóstica					
Fratura de clavícula (D)?					
SADT - Exames Complementares					
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1) Remover com 40mg (EV) - 16:00					
2) Dipirona 1g					
Condução					
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ortopedia					
óbito					
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico		
Impresso por: ludymilla.farias Data Hora: 31/07/2018 14:43:24 Dr. Tago M. Matos CRM-17118					



# Ultrassom - Dr. Edmar

Docimete inf. ma de acidente de moto apontando  
sem aut. osseos-clavicula. RX indicando  
RX em 1/3 lateral de clavícula (D).

CD: Ao ambulatório HM.  
Sintomático.

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente em Ortopedia Traumatologia  
CRM-PR 2007





SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME PABLO VIEIRA DE SOUSA		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR 4136438 SSP RR		
CNPJ 780.625.522-04	DATA NASCIMENTO 04/10/1980	
FILIAÇÃO CELESTINO ALVES DE SOUSA MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE SOUSA		
PERMISSÃO [ ]	ACC [ ]	CATNAB AD
Nº REGISTRO C2903186712	VALIDADE 11/02/2021	1ª HABILITAÇÃO 29/05/2003
OBSERVAÇÕES		
<i>Pablo Vieira de Sousa</i> ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 11/02/2016	
10-2 FOR ANDRÉ LUI DE CASTILHO SIN FOR 2005/01/01 - 2010		86706048305 RR208737278
ASSINATURA DO DIRETOR		

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1236017907

PROIBIDO PLASTIFICAR

1236017907



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



SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1540631236

NOME  
ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
3891631 SSP RR

CPF  
006.793.433-18

DATA NASCIMENTO  
17/03/1989

FILIAÇÃO  
FRANCISCO GERARDO  
XIMENES MACEDO  
JOVANE DA COSTA MACEDO

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
04291531595

VALIDADE  
29/09/2022

1ª HABILITAÇÃO  
11/02/2008



OBSERVAÇÕES  
A



PROIBIDO PLASTIFICAR  
1540631236

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO  
02/10/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

ANTONIO FRANCISCO BESERRA MARQUES  
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO  
DETRAN-RR

05866861452  
RR209399864

RORAIMA



## Consulta de Veículos na Base Local

## DADOS DO VEICULO

Placa: NAH3911 Chassi: 9C2JC1801KR203201 Renav

Situação: 1-EM CIRCULACAO

Procedência: 1 - NACIONAL

Tipo: 04-MOTOCICLET

Categoria: 01-PARTICULAR

Ano Mod: 1989 Ano Fab: 1989 Cor: 11-PRETA

Combustível: 02-GASOLINA N° Motor:

Faixa Segura: 09 Ano de Licenciamento: 2007 Carrocer

Deficiente Físico:

Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 27/12/2007

Observações: VEIC LEILAO 001/07 LT 217

Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO

Número de autorização:

## DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: MARCOS DA SILVA

Endereço: R ESTRELA CELESTE

Complemento: NUM

Data Aquisição 0km: // Valor 0km: 0,00

Data Transferência: 20/12/2007 Valor: 1365,00

## PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: ANTONIO ANANIAS SAMPAIO SILVA FILHO

Endereço Anterior: BOA VISTA

## DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 02/01/2008 N° CRV: \*\*\*\*\* Data CRLV: 28

## ALTERAÇÕES / REMARCAÇÕES

Placa Anterior: NL911 UF: RR

m: 00149145179 Remarcado(S/N): N

Município: 00301-BOA VISTA

Espécie: 01-PASSAGEIRO

Id: 002899-HONDA/CG 125

Passag: 001 Potência: 011 Cilindrad: 0125

N° Câmbio:

SUS-NAO APLIC.

Selo Idoso:

axi: NAO

CPF/CNPJ: 769.435.932-34

Bairro: RAIAR DO SOL I

ISTA

Cep: 393.6076

N° Doc. Aquisição: 001452

CPF/CNPJ: 382.464.062-72

UF: RR

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

### OUTORGANTE:

NOME: Roblio Vieira de Souza  
ESTADO CIVIL: Solteiro . PROFISSÃO: Eletricista  
NACIONALIDADE: Brasileiro . CPF: 780.825.522-04  
IDENTIDADE: 4136438 . ORGAO EXPEDIDOR: SSA/RR  
ENDEREÇO: Rua Juana Pinheiro, 890, Tenoré  
Drus, Boa Vista - RR.

### OUTORGADO:

NOME: ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO.  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO. ESTADO CIVIL: SOLTEIRO. PROFISSÃO: ADVOGADO.  
IDENTIDADE: 3891631 SSP/RR. CPF: 006.793.433-18.  
ENDEREÇO: AV. DRA. YANDARA, 3573, CENTRO, CEP 69.373-000, RORAINÓPOLIS - RORAIMA.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima.

Boa Vista, 01 de Outubro de 2018.  
LOCAL E DATA



Roblio Vieira de Souza

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE / VERDADEIRA)





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374035/18

**Vítima:** PABLIO VIEIRA DE SOUSA

**CPF:** 780.825.522-04

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

**Data do acidente:** 29/07/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PABLIO VIEIRA DE SOUSA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO : 006.793.433-18

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

### PABLIO VIEIRA DE SOUSA : 780.825.522-04

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018  
Nome: ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO  
CPF: 006.793.433-18

ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018  
Nome: ELIANE FALK  
CPF: 010.372.382-06

ELIANE FALK