
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

Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **PABLO VIEIRA DE SOUSA**
Nº Sinistro: **3180480706**
Vitima: **PABLO 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 **Sabermi 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.seguradoraslider.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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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

280.825.522-04

Nome completo da vítima

PABLO VIEIRA DE SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	PABLO VIEIRA DE SOUSA	CPF titular da conta	280.825.522-04	Profissão	RECUSA
Endereço	RUA IVONE PINHEIRO	Número	890	Complemento	
Bairro	TANCREDO NEVES	Cidade	BOA VISTA	Estado	RO
Email				CEP	69.313-510
				Telefone (DDD)	1651 35623-9134

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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0653 D/V 132.534 CONTA NRO. 24
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

SABEMI SEGURADORA S/A

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

11 OUT 2018

RECEBIDO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030337/2018-A01

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Placa JWZ3515	Número do Chassi *****17052
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/Caminhon
Placa NAH3911	Número do Chassi *****032C1
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
Pablio 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:

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 Mestre Albano no sentido>centro, conduzindo seu V01, quando no cruzamento com a Av. Nº Srº 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 Srº 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 Srº ROSINETE NASCIMENTO SANTOS – moradora da Rua Raimundo Penafont, 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 SE00103766) por estat com seu V02 em atraso e por estat com sua CNH em atraso, sendo seu V02 liberado para a cnh nº 01390399207- RCNILSON 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 ac 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 provéncias cabíveis. ERA O QUE TINHA A RELATAR.
O comunicante é vítima do acidente, Sr. Pablio 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 nº 02908186712 e não como consta no ROP/PM que cita que o mesmo não possui habilitação. Informa ainda que o possível engano dos policiais em relação aos dados da vítima é pelo fato do Sr. Pablio , no momento da chegada dos PMs, já ter sido conduzido ao HGR pela equipe do SAMU. É relato.

SABEMI SEGURADORA S/A

Delegado de Polícia Civil: Eric Silva Pereira

Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo

Data de impressão: 01/10/2018 10:36

Protocolo nº: Não disponível

11 OUT 2018

Página 2 de 3

PP - Sistema de Procedimentos de Polícia

RECEBIDO



11 OUT 2018

RECEBIDO



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 Policia: 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 Nº: 844
 Logradouro: Rua Acari
 Bairro: Santa Tereza

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

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Endereço

Município: Boa Vista - RR Nº: 890
 Logradouro: ivone pinheiro
 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



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

"Declaro ser o(a) cidadão(a) que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme previsto nos Artigos 239 (Denúncia) e 240 (Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.)"

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

29.02.2018

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 pagamento do 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.

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

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.

30 de Setembro de 2018

Local e Data

Pablo Vieira de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PMPR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 809159

Vtr	SU/Cp	Data	S/Selor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin
CIPTUR 01	CIPTUR	29/07/2018	LESTE	22:10	22:10	22:25	23:59
Cód. Cpt	Cód. Prev.	Cód. Ser. Prest.	Kml.	KmF.			
100-00000000	1100130120000/10999	XXXX	17521	17539			

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av./Rua: AV. N° 510 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
CPF:	NÃO PORTAVA	Telefone:	XXXXXXX
2 ENVOLVIDO	Nome: JAMES ALVES SILVA	Idade: 43	E. Civil: SOLTEIRO
Endereço:	RUA ADARI	Nº 844	Bairro: SANTA TEREZA
RG:	18919-RR	CNH: 03581568711	Profissão: PEDREIRO
CPF:	NÃO PORTAVA	Telefone:	XXXXXXX

OBJETOS APREENDIDOS

V01: HONDA CG 150 FANTASY E PLACAS: PRM1-RR (DANOS CONFORME PERICIA)
V02: TOYOTA COROLLA AZUL E PLACAS: JWZ7515-RR (DANOS CONFORME PERICIA)

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

ASSINATURA

CARGO

LOCAL

2º DP

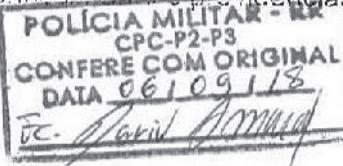
HISTÓRICO

SENHOR ATLEGARIO (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 Meano Albano no sentido centro, conduzindo seu V01, quando no cruzamento com a Av. N° 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. N° Srª de Nazaré, no sentido Av. Gal. Ataide 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 decretos periciais, realizado pelo PERITO GLEYDSON). Informo que a Srª ROSINETE NASCIMENTO CRISTIC-S moradora da Rua Raimundo Penafont, 1299, Asa Branca, afirma ter visto o acidente e confirma os dados acima reescritos.

Informo que após os procedimentos devidos e o local ter sido liberado, o item 02, foi autuado (autos nº CE00103654 e SE00103768) por esta com seu V02 em atraso e por estar com sua CNH em atraso, sendo seu V02 liberado para a ch. nº 01180399207- RONILSON RIBEIRO LIMA, apresentado pelo condutor e não ter carro disponível para condução ao pátio Detran. Já o item 01, foi autuado (auto nº A157-018804) por não possuir ch. conforme consulta do nome no sistema getran, e teve seu V01 recolhido ao Detran em virtude da multa, portanto, não é nenhum responsável pelo veículo no local, tendo em vista o item 01 ter se tornado inviável para o pronto socorro para atendimento médico, conforme (DRR nº D153-027415). Informo que o item 01 foi conduzido ao PSF pelo SAMU, para atendimento médico, não sendo possível, arcar com a custo do atendimento da vítima, conforme prevê o CTB.

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



SABEMI SEGURADORA S/A

CIPTUR 1 OUT 2018

Und

[Signature]
 A sinatura

DARI RODRIGO

Name

40.676-3

Matrícula

3 SGT PM

Posto/Grad

RECEBIDO

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1136

PREFEITURA
DOA VISTA

UNIDADE: 301

EQUIPE: Pato / Laranja / Branca



192

Paciente: Fábio Silveira da Cunha

Idade: 38

Sexo: M

Nacionalidade: Brasileiro

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

Endereço: Rua das Flores, 123 - Centro - São Paulo - SP - 01300-000

Nº 14154

DATA 29/10/18

HORA J/9: 22:14

BASE X

VIA ()

() RÁDIO

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

HORA J/10: 22:17

CELULAR

MOTIVO DO ACIONAMENTO:

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

AUTOMÓVEL

VIOLENCIA

OUTROS

- [] Capotamento
[] Atropelamento
[] Colisão AUTO x _____
[] Motorista
[] Passageiro Banco dianteiro
[] Passageiro Banco traseiro

- [] Uso do cinto
[] Vítima projetada
[] Vítima encarcerada
[] Air Bag Acionado

- [] FAB
[] RAF
[] Espancamento

- [] Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto

PEDESTRE

MOTOCICLETA / BICICLETA

Violência Doméstica

[] Queda, Altura aprox.: _____

- [] Atropelamento [] CICLOVIA
[] VIA [] CALÇADA [] FAIXA

- [] Colisão MOTO X _____

- [] Violência Sexual

- [] Queimadura Agente _____

- [] Queda de moto [] Com capacete

- [] Tentativa de suicídio

- [] Afogamento _____

- [] Atropelamento [] Sem capacete

- [] Outro: _____

- [] Agressão p/animal _____

- [] Queda de Bicicleta [] Piloto

- [] Garupa

- [] Outros: _____

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS

VENTILAÇÃO

CIRCULAÇÃO

AVAL. NEUROLOGICA

- [] Livre
[] Obstrução Parcial
[] Obstrução Total
[] Corpo estranho
[] Edema de Glote
[] Outro: _____

- [] Eupneico
[] Apneia
[] Dispnéia
[] Bradipneia
[] Taquipneia
[] Roncos
[] Sibilos
[] Respiração paradoxal

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

- [] AVDN
[] Miôse
[] Midriase
[] Anisocoria [] D [] E
[] Aparentemente Etilizado
[] GLASGOW _____

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora

P.A mm/hg

F.C Bpm

F.R Mpm

Sat O₂ %

T. Axilar

°C

Glicemia

Esc. visual
"DOR"

APGAR

Início

14:52:00

120

18

97%

Fim

14:57:00

110

18

97%

AVALIAÇÃO SECUNDARIA

Pele

Cabeça

Face

PESCOÇO

Tórax

Abdome

- [] Corada
[] Quente
[] Palida
[] Fria
[] Úmida
[] Seca
[] Cianótica

- [] Contusão
[] Escoriações
[] Lacerção
[] Hematoma
[] Afundamento
[] Luxação
[] Mandíbula

- [] Escoriações
[] Escoriações
[] Hematoma
[] Desvio da traquéia
[] Enfisema Sub-Cutâneo

- [] Dor
[] Escoriações
[] Lacerações
[] Contusão pulmonar
[] Ferida Aspirativa
[] Empalamento

- [] Escoriações
[] Lacerções
[] Distendido
[] Em tábua
[] Doloroso
[] Evisceração

Pelvis

Coluna Dorsal

MMSS

MMII

OCULAR

VERBAL

MOTORA

- [] Contusão
[] Escoriações
[] Dor
[] Instabilidade
[] Crepitacão

- [] Contusão
[] Escoriações
[] Luxações
[] Lacerções
[] Fratura
[] Amputação
[] Crepitacão

- [] Contusão
[] Escoriações
[] Luxações
[] Lacerções
[] Fratura
[] Amputação
[] Crepitacão

- 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 CARDIÁCA

AFECÇÃO CLÍNICA

SABEM SEGUROADORA S/A

- [] Rítmo Sinusal
[] Taquicardia
[] Bradicardia
[] Fibrilar

- [] Fibrilação atrial
[] Fibrilação ventricular
[] Assistolia
[] Metabólica
[] Cardiovascular
[] Aborto

- [] Respiratória
[] Neurológica
[] Psiquiátrica
[] Metabólica
[] Cardiovascular

- [] Digestiva
[] Infeciosa
[] Obstétrica
[] Outra _____
- [] Diabetes
[] Cardiopatia
[] HAS
[] Medicação de uso

- [] Alergias
[] Outros

11 OUT 2018

GRAVIDADE PRESUMIDA

ILESO

PEQUENA

MÉDIA

SEVERA

OBITO EVIDENTE

RECEBIDO

*Resposta de Emergência
Clínica Geral
CPM 227-RR*

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS

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

- [] Polícia Militar
[] Guarda Municipal
[] SMTRAN
[] Bombeiro
[] Outros:

*CONFERE COM O ORIGINAL
11/10/18
Assinatura*

INCIDENTE

- [] Iniciada as: _____ [] Término as: _____
[] RCP com sucesso
[] RCP sem sucesso
[] Obs: _____

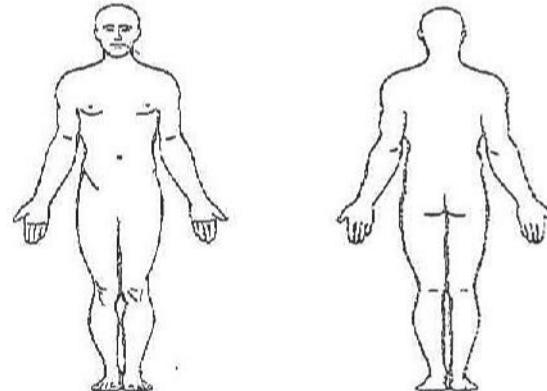
OBSERVAÇÕES

RCP

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. Lotte 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.		
PERTECE DO PACIENTE	Assinatura do Paciente:	SABEMI SEGURADORA SIA	
		11 OUT. 2018	
		RECEBIDO	
TERMO DE RECUSA	Descrição: Nome do Receptor: Função do Receptor: Assinatura do Receptor: <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: _____		

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
1º Círculo aberto brevemente a estimulação	Escotânea	5
Abertura ocular em torno de vez normal ou em vez alta	Ao Sair	3
Abertura ocular apos em esti mulaçao da extensidão dos olhos	A Preço	2
Ausência persistente de abertura ocular sem fatores de interferencia	Ausente	1
Outros fechados devido a fator local	Não Testava	N-
Resposta Verbal		
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientado	5
Resposta não orientada mas comunicativa coerente	Confuso	4
Palavras isoladas inteligíveis	Polivalentes	3
Apenas gemidos	Bons	2
Ausência de resposta auditiva, sem fatores de interferencia	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testava	N-
Resposta motora		
Comprimento de braços com 2 dedos	A braços	5
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo do sacro ou óstio do cocôdeo	Localizada	3
Flexão dupla do membro superior ao nível do cotovelo, dorso predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão dupla do membro superior ao nível do cotovelo, dorso 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 interferencia	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não Testava	N-



Paciente vítima de acidente MVA - VTR.
com inconveniente e instabilidade das pernas.
Necessita de auxílio.

B6, venenoso, desvio da via respiratória.
dor no abdômen, dor no tórax, dor no abdômen e dor no tórax.

AB = 100
AH = 9

ext = pulsos rígidos e duros.

CD = sinalização de fármaco
transporte para CTI

APC

Edson Soares Pinto
Enfermeiro
COREN-260 099-Enf

ASSINATURA E CARIMBO

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 17/08/18
Aux



ELETROBRAS 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



ELETROBRAS 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





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

SABEMI/SEGURADORAS 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

RR

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



Eletrobras
Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
 AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
 VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1444506	08/2018	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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Vilela de Souza Neto inscrito (a) no CPF 200.293.433-18,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Vilela de Souza inscrito
(a) no CPF sob o Nº 280.825.522-04 do sinistro de DPVAT cobertura Indenização da Vítima
José Vilela de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 280.825.522-04, 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. Vendava</u>	Número	<u>3523</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Ribeirópolis</u>	Estado <u>PR</u> CEP <u>69.323-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>(15) 3623-9134</u>	Telefone celular (DDD)

Brasília, DF de Outubro de 2018
Local e Data



Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

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

Rosâlia Gomes da Silva
Aux. Serv. Saúde

30.07.18

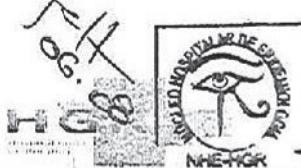
2

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente	Pablo Vicente de Souza		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Mae							
				Pai			Contatos
Endereço							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motiva do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor	URGÊNCIA	Type da Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomatismo Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese da Enfermagem	Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h) <i>Movimentação com febre e constipação</i> <i>de 5 dias</i>						
	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica	<i>ANALISES DO ODONTO FRIMONHO NA LIGAÇAO</i>						
SADT - Exames Complementares	URAGO-X <input type="checkbox"/> UTRASON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____						
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO			
<i>Exames: EVO/UNA</i> <i>AG 23/10</i>							
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta à Pedido <input type="checkbox"/> Alta à Revolta <input type="checkbox"/> Transferência para: _____						
Óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <i>certificado</i> <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"/> IML	SABEMI SEGURADORA S/A Carimbo e Assinatura do Médico					
Assinatura do Paciente ou Responsável	11 OUT 2018 RECEBIDO						
							

VERDE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFÉ
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOYES, 3305 - AEROPORTO



1800988992		31/07/2018 14:29:09		FICHA DE ATENDIMENTO / CLÍNICA MÉDICA		DIA/NOITE 07-19	165
Paciente PABLO VIEIRA DE SOUSA	Data Nascimento 04/10/1980	Idade 37 A 9 M 27 D	CNS 898002766342488	CPF 78082552204	Prontuário		
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 4136438	Órgão Emissor Mãe	Sexo M	Estado Civil PARDA	Raça/Cor Naturalidade BRASILEIRA		
Mae MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE SOUSA	Endereço RUA - IVONE PINHEIRO - 890 - TANCREDO NEVES - BOA VISTA - RR	Pai NI.			Contato (95) 99173-7948	Ocupação	
Class. de Risco VERDE	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira		Validade	Autorização	S s Prenatal	
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.			Temp. 36.00	Peso	Pressão 140 x 80
Setor PRONTO ATENDIMENTO	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA	Procedimento Soc.				Registrado por: CASSIA.ANDRADE	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome febril <input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue CORTE NA LÍNGUA, HEMATOMA EM OLHO "E", DOR EM OMBRO "D" FERIMENTO "M" PQUIT 2018 APÓS ACIDENTE DE MOTO HA 3 DIAS						
Anamnese de Enfermagem NEGA HAS, DM OU ALERGIAS A MEDICAMENTOS. SEM FITAS PARA DEXTR	<input type="checkbox"/> NOV. RECEBIDO <input type="checkbox"/> USC <input type="checkbox"/> O. 12 <input type="checkbox"/> 4 RV: 12345 MRV: 123456						TOTAL
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - <u>16:00</u> h)	Paciente relata que no domingo (23/07) sofreu acidente de moto, com trauma em ombro (1) e região lombar clavicular (2), evoluindo c/ dor e limitação do movimento do membro.						
Hipótese Diagnóstica <i>Fratura de clavícula (1)?</i>	Presente a dor à pressão e palpitação de clavícula com percepção intensa.						
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 <u>② Fenomenon 100 mg (EV) - 10/08</u> <u>② Dipirona 1g</u>							
Condução	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:						
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

Impresso por: ludymilla.farias
 Data/Hora: 31/07/2018 14:43:24
 W. Tiago M. Sácos
 CRN: 1716

Carimbo e Assinatura do Médico



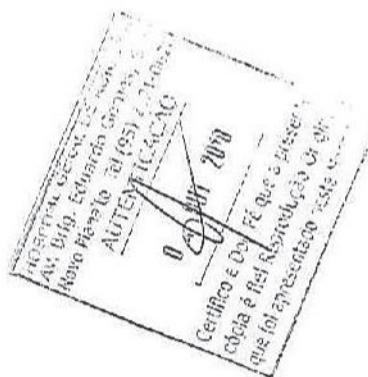
1800988992

União - Dr. Edmundo

Paciente vítima de acidente de moto operado
por um aut. automóvel. Rx medicinais
Rx em 2/3 lateral da órbita (D).

CD: Aº ambulatório M.H.
Gastroenter.

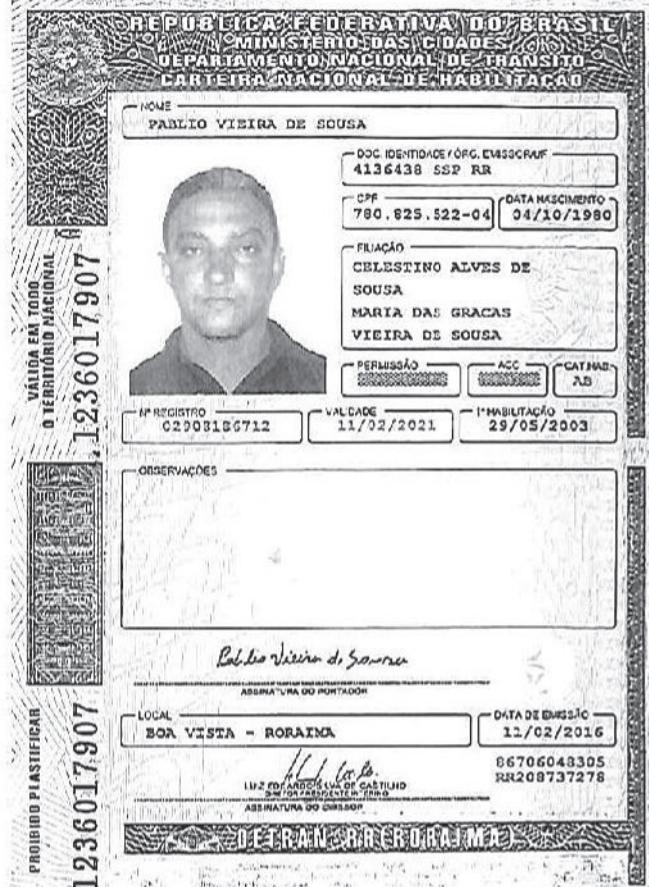
Dr. Fernando Bezende
Medico especializado em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 2047



SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

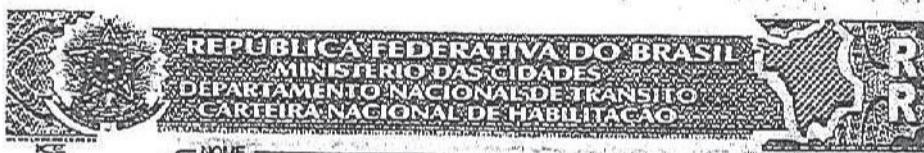
RECEBIDO



SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1540631236

PROIBIDO PLASTIFICAR

1540631236

NOME ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO		
DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR UF 3891631 SSP RR		
CPF 006.793.433-19	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	I ¹ HABILITAÇÃO 11/02/2008
OBSERVAÇÕES A		
ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL BOA VISTA, RR	DATA DE EMISSÃO 02/10/2017	
ANTONIO FRANCISCO BESSERA MARQUES DIRETOR PRESIDENTE INTERINO DETAN-RR		
ASSINATURA DO EMISSOR		
RORAIMA		

05866861452
RR209399864

Consulta de Veículos na Base Local

DADOS DO VEICULO

Placa: NAH3911 Chassi: 9C2JC1801KR203201 Renavam: 00149145179 Remarcado(S/N): N
 Situação: 1-EM CIRCULACAO
 Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA
 Categoria: 01-PARTICULAR Marca:
 Ano Mod: 1989 Ano Fab: 1989 Cor: 11-PRETA
 Combustível: 02-GASOLINA N° Motor:
 Faixa Seguro: 09 Ano Último Licenciamento: 2007 Carroceria:
 Deficiente Físico:
 Roubo Furto: N Data Última Atualização: 27/12/2007
 Observações: VEIC LEILAO 001/07 LT 217
 Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMÍNIO

Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: MARCOS DA SILVA CPF: 769.435.932-34
 Endereço: R ESTRELA CELESTE N°: 841 Bairro: RAIAR DO SOL
 Complemento: NUM Cidade: BOA Vista Cep: 393.6076
 Data Aquisição 0km: // Valor 0km: 0,00 Nº Doc. Aquisição: 001452
 Data Transferência: 20/12/2007 Valor: 1365,00

PRÓPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: ANTONIO ANANIAS SÁMPAO SILVA FILHO CPF/CNPJ: 382.464.062-72
 Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 02/01/2008 N° CRV: ***** Data CRLV: 28/2/2007 N° CRLV: 7433639846

ALTERAÇÕES / REMARCAÇÕES

Placa Anterior: NL911 UF: RR



PROCURAÇÃO PARTICULAR

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

OUTORGANTE:

NOME: Peblio Vieira de Souza
 ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Eletricista
 NACIONALIDADE: Brasileiro CPF: 380.825.522-04
 IDENTIDADE: 4136438 ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSP/RR
 ENDEREÇO: Rua Juazeiro Pinheiro, 890, Tancredo
Neves, 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 estabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima.

Boa Vista, 01 de outubro de 2018.

LOCAL E DATA



Peblio 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/07/2018

Titular do CPF: PABLIO VIEIRA DE SOUSA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO

ELIANE FALK