

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Derivaldo da Silva Anelino,
RG nº 263.404, data de expedição 09/08/2002
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 923.058.142-91, com
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
RODRIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) VEREADOR
WALDEMAR GOMES, nº 326,
Bairro: SENADOR Hélio Campos, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Derivan da Silva Anelino,
cujo o condutor era Derivaldo da Silva Anelino.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 TITAN ES

Ano: 2007

Placa: NAT - 8520

Chassi: 9C2KC08508R018415

Data do Acidente: 16 - 06 - 2019

Local e Data: Boa Vista/RR, 14/12/2018.

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385257/18

Vítima: DERIVAN DA SILVA AVELINO

CPF: 002.825.602-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/06/2018

Titular do CPF: DERIVAN DA SILVA
AVELINO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

DERIVAN DA SILVA AVELINO : 002.825.602-62

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: 22/10/2018
Nome: DERIVAN DA SILVA AVELINO
CPF: 002.825.602-62

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018
Nome: ANGELILCE ARRUDA MOREIRA
CPF: 720.283.862-15

DERIVAN DA SILVA AVELINO

ANGELILCE ARRUDA MOREIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385257/18

Número do Sinistro: 3180497205

Vítima: DERIVAN DA SILVA AVELINO

CPF: 002.825.602-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/06/2018

DERIVAN DA SILVA
AVELINO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 03/01/2019
Nome: DERIVAN DA SILVA AVELINO
CPF: 002.825.602-62

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2019
Nome: LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 878.291.693-49

DERIVAN DA SILVA AVELINO

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA

PROCURAÇÃO

CUTORGANTE

NOME:	Derivan da Silva Avelino
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Pereiro
IDENTIDADE:	3337065 Ssp - RA
ENDEREÇO:	Rua Ver Waldemar Gomes, N° 326, Senador H. Campelo

CUTORGADO

NOME:	Ioir Início de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	JJ4.807 SSP-RE
ENDEREÇO:	Rua. Antônio Linheiro Batônio, N° 1832, Barreiros

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.,

Bao Vinto, RR, 03/07/2018

LOCALE DATA

XDERIVAN DASILVA AVELINO

DOCUMENTO
ORIGINAL
18 OUT. 2018

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





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: 1818109

MARIA JOSE DA SILVA
R. VER WALDEMAR GOMES, 326.
SENADOR HÉLIO CAMPOS

69316552 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 719250	MÊS 10/2018	PERÍODO DE CONSUMO 13-SEP-18 a 16-OCT-18
CONSUMO (kWh) 95	VENCIMENTO 26-NOV-18	TOTAL A PAGAR: R\$ 77,75

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente à emissão de segunda via do pagamento não será cobrada.
- Ligue 021/901 0800 70 10 120

advertência recebida

Recibo assinado



Eletrobras
Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 719250	MÊS 10/2018	TOTAL A PAGAR: R\$ 77,75
------------------------	----------------	-----------------------------

6360986660337775967160098.009066000711.925911160055



18 OUT. 2018

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSF
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 9308 - AEROPORTO

1800967831	16/06/2018 23:49:34	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA					NOTURNO 13	12%
Paciente		Data Nascimento	Idade	Gênero	CNPJ	CPF	Prontuário	
DERIVAN DA SILVA AVELINO		17/11/1988	29 A 8 M 29 D			00262560002		
Type Doc	Documento	Órgão Emissor/ Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raca/Cor	Nacionalidade		
AJUDANTE			M		PARDA	BRASILEIRA		
Até						Contato		
MARIA JOSE DA SILVA						(95) 99174-8056		
Endereço						Ocupação		
RUA - VEREADOR WALDEMAR GOMES - 326 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR								

Class. do Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validado	/Autorização	Data Prontuário		
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Professional do Atend.	Procedência	Temp.	Hora	Prescr.	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		PCS - PRONTO AT				
Sector	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA					SOUSA	

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : :)
Vítima acidente moto

Exame Físico

Sensibilidade



Hipótese Diagnóstica

Fevereiro Traumato s/s ? Pé

SADT - Exames Complementares

RAYO-X ULTRA-SON TO SANGUE URINA ECO OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>radiografia</i>		
<i>ultrassom abd</i>		
<i>radiografia tórax</i>		
<i>radiografia abd</i>		
<i>radiografia tórax</i>		
<i>radiografia abd</i>		

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revisão
- Transferência para: *ORDEM*

- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação
- Data e Hora da Saída/Alta: / /

Óbito:

Autog. do 1º Atendimento? Sim Não Destinat: Família IML Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: sousa
Data/Hora: 16/06/2018 23:53:45

DOCUMENTO
ORIGINAL
18 OUT. 2018





175201001000

1165%

175201001000

1000%

DERIVADA SELVA AVEIÑO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



17/05/2010 01:10:01

Tam. real



17/05/2010 01:10:01

Tam. real

DENIVAN DA SILVA AVELINO
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

D

K



DERIVANDA SILVA
HOSPITAL CORONEL MOTA

7577
05/07/2018

Vison
84,0 %



D



DERIVAN DA SILVA

HOSPITAL CORONEL MOTA

7577

05/07/2018

72.0%

Vision



DERIVAN DA SILVA

1577

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/07/2018

Wilson

60,7 %





20/08/2018

DERIVAN SILVA

9500

HOSPITAL CORONEL MOTA

Cloudoso

20/08/2018

107,3%

D



PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 9637

DERIVAN DA SILVA

16/06/2018

D/N 17/11/1988

TR ENILSON

116.6 %

MEMBROS INFE



PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 9637

DERIVAN DA SILVA

16/06/2018

D/N 17/11/1988

TR ENILSON

61.7 %

MEMBROS INFE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Derivaldo da Silva Avelino,
RG nº 263.404, data de expedição 09/08/2002,
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 923.058.142-91, com
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
RODRIGUES, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) VEREADOR
WALDEMAR GOMES, nº 326,
Bairro: SENADOR Hélio Campos, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Derivan da Silva Avelino,
cujo o condutor era Derivaldo da Silva Avelino.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 TITAN ES

Ano: 2007

Placa: NAT - 8520

Chassi: 9C2KC08508R018415

Data do Acidente: 16 - 06 - 2018

Local e Data: Boa Vista/RR, 14/12/2018.



Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





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 0321204 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.SUSER.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29696>

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 fazenda 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 reseguro.

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 aeronaves suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Denise da Silva Andrade, inscrita (a) no CPF sob o N° 383.061.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Denise da Silva Andrade, inscrita (a) no CPF sob o N° 002.825.602 / 62, do sinistro de DPVAT cobertura Incidente, da Vítima Denise da Silva Andrade, inscrita (a) no CPF sob o N° 002.825.602 / 62, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Buriti</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>RN</u>	<u>69.309-209</u>
<u>Ilheira@hotmail.com</u>	Teléfono comercial (DDD)	Teléfono celular (DDD)	(95) 98125-9632

DOCUMENTO
ORIGINAL

18 OUT. 2018

Boa Vista de Outubro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração De Fatura Mínima

Av. Presidente Dutra, 1000 - Centro - RR - CEP 69010-000
Fone: (65) 322-1000 - Telefax: (65) 322-1001

Nº de Fatura: 980151096
Data da Fatura: 07/08/2018 - Data de Vencimento: 28/08/2018

AGOSTO/2018

11/09/2018

277

192,70

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 B BURITIS

CPF: 088038305151204

CEP: 69.389-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021730

Consumo em kWh:

51748 27/08/2018

Anterior:

51471 25/07/2018

Consumo em kWh:

1.000 24/08/2018

Consumo em kWh:

277 24/08/2018

Consumo em kWh:

277 FCAL 27/08/2018

Consumo em kWh:

33 27/08/2018



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: 1615109

MARIA JOSE DA SILVA

R. VER WALDEMAR GOMES, 326 ,
SENADOR HELIO CAMPOS

69316552 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 719250	MÊS 10/2018	PERÍODO DE CONSUMO 13-SEP-18 a 15-OCT-18
CONSUMO (kWh) 95	VENCIMENTO 26-NOV-18	TOTAL A PAGAR R\$ 77,75

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

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 719250	MÊS 10/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 77,75
------------------------	----------------	----------------------------

836400000003.777500750008.000000000711.925010180055



18 OUT. 2018

A

Under Dos Conselhos do Seguro Dpvat.

Com óculos para:

SESEP - Superintendência de Seguros Privados (Órgão Fiscalizador)

CNPS - Conselho Nacional de Seguros privados (Órgão Normativo)

Referente: Análise e pagamento da segura obrigatória DPVAT.

Vítima: Daniela Lúcia Souza - Sistel: 3196-497265

Pretados Senhores,

No que dizendo de beneficiário do seguro Obrigatório DPVAT, venho por meio disto solicitar o prosseguimento do análise de meu processo, haja visto que o mesmo encontra-se com pendência e sem movimentação por parte da Seguradora pelo seguinte motivo:

"Declaração de proprietário/condutor do veículo, pelo fato de ocorrida ter sido registrada posteriormente ao acidente e/ou acidente envolvendo um único veículo.

Muito este que não é motivo, uma vez que:

B.º 101 N° 6.104, de 19 DE DEZEMBRO DE 1974, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por seu cargo, as pessoas transportadoras ou não, nor seus empregados e passageiros mencionado:

"Art. 5º O pagamento de indenização será efetuado mediante simulações quanto ao acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não responde, sólida ou qualquer frasevíz de responsabilidade de segurado".

"§.º 1º A indenização referida neste artigo, será paga com base no valor vigente na época de ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na prega de sucessor que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias de entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei 11.492 de 2007)."

"§.º 2º Paga das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no local policial competente no caso de danos pessoais.

"§.º 4º Havendo dúvida quanto ao nexo da causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, conferir-se acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver fornecimento pelo local hospitalar e assistencial, mediante pedido verbal ou escrito, pelas interessadas em formulário próprio da entidade fornecedora. (Incluído pela Lei nº 8.441, de 1992).

"Art. 11. A sociedade seguradora que inferir as disposições deste II estaria sujeita às penalidades previstas no art. 108 do Decreto-Lei N° 73, de 21 de novembro de 1966, de acordo com a gravidade da irregularidade, observado o disposto no art. 118 do referido Decreto-Lei. (Redação dada pela Lei nº 11.492, de 2007)."

Dante do exposto, me coloco a disposição para esclarecer evidências divulgadas acerca do acidente ocorrido, e que se a Seguradora tiver qualquer dúvida, que seja feita uma sindicância para verificar a veracidade dos documentos apresentados, uma vez que, o Seguro DPVAT trata-se de um Seguro de "cunho social", com o objetivo de amparar as vítimas e beneficiários que dele necessita. Por fim, com o objetivo de permitir o pedido de indenização do Seguro DPVAT, para então fazer a liberação de indenização do seguro obrigatório Dpvat.

Atenciosamente,



Local e data: Belo Horizonte 17.12.2018

Assinatura da Sra. Daniela Souza

ASSINATURA
RG: 3117-005
CPF: 002.825.613-62



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

Denivalda Soárez Avelino

CPF da Vítima

002-625.602-62

Data do Acidente

30-06-2018

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 atende 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 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.

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 Lider 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.

São Paulo, 18 de Outubro de 2018

Local e Data

 DOCUMENTO
ORIGINAL
18 OUT. 2018



DENIVALDA SOÁREZ AVELINO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA 540/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 16/10/2018

COMUNICANTE : DERIVAN DA SILVA AVELINO

RG: 3117065 - SSP-RR CPF- 002.825.602-62

ENDEREÇO: RUA VEREADOR VALDEMAR GOMES - N° 326

BAIRRO: SENADOR HÉLIO CAMPOS UF: RR

SEXO: MASCULINO - PROFISSÃO: PEIXEIRO

NATURALIDADE: ITAITUBA - ESTADO: PA

DATA DE NASCIMENTO: 17.11.1988- IDADE: 29 ANOS. GRAU DE INST. ENS. MÉDIO COMP.

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO - TELEFONE: - N° 99129-8805 REG. - CNH:

NOME DO PAI -

NOME DA MÃE: MARIA JOSÉ DA SILVA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 23:00 MIN. do dia 16/06/2018 NA RUA S 2 C/ N21 – DOUTOR SILVIO BOTELHO

O comunicante acima qualificado que não é habilitado, compareceu a esta especializada para informar que na data, o veículo HONDA CG 150 TITAN ES, PLACA NAT 8520, REVAVAN 00937213411, CHASSI 9C2KC08508R016415, de propriedade de DERIVALDO DA SILVA AVELINO, quando ao chegar no cruzamento das referidas vias, que segundo o comunicante o sinal estava aberto para o mesmo, foi colidido por uma motocicleta de placa não identificada, conduzida por um homem que desconhece o nome, que de acordo com o comunicante teria avançado o sinal. Informa ainda que em decorrência do impacto veio a cair causando fratura no pé direito. Informa ainda que o causador do acidente prestou socorro à vítima pagando inclusive os danos materiais causados. O comunicante informa ainda que foi conduzido ao HGR por terceiros para atendimento médico e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

OBSERVAÇÃO: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS.

Derivan da Silva Avelino

Derivan da Silva Avelino

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."



DOCUMENTO
ORIGINAL

- 18 OUT. 2018

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 ASI.

CPF da Vítima

002.925.602 - 62

Nome completo da vítima

Derivan da Silva Avelino

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Derivan da Silva Avelino	CPF titular da conta	002.925.602 - 62	Profissão	Técnico
Endereço	Rua Ver Waldimara Bentes	Número	326	Complemento	
Nome	Senador Helio Campos	Estado	Santa Catarina	CEP	88.316-552
Email	deriverrr @ hotmail.com	Telefone (DDD)	0514125-9528		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (091) ITAU (041)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
Nº:
0953
(Inserir dígito se existir)

BNB
CONTA
Nº:
21.000
(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	BNB
AGÊNCIA	Nº:	BNB
CONTA	Nº:	BNB
	<small>(Inserir dígito se existir)</small>	<small>(Inserir dígito se existir)</small>

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Brasília, 18 de Outubro de 2018
Local e Data

DOCUMENTO
ORIGINAL
18 OUT. 2018

X DERIVAN DA SILVA AVELINO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180497205

Vítima: DERIVAN DA SILVA AVELINO

Data do Acidente: 16/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DERIVAN DA SILVA AVELINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

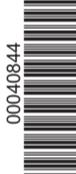
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DERIVAN DA SILVA AVELINO**

Nº Sinistro: **3180497205**

Vitima: **DERIVAN DA SILVA AVELINO**

Data do Acidente: **16/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ILOIR INACIO DE SOUZA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180497205**.

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

