

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Derivaldo da Silva Anelino,
RG nº 263.404, data de expedição 09 / 08 / 2002,
Órgão SSPIRR, portador do CPF nº 923.058.142-91, com
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
RODAVIA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) VEREADOR
WALDEMAR GOMES, nº 326,
Bairro: SENADOR HELIO 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: 16-06-2018

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



Derivaldo da Silva Anelino

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/06/2018

Titular do CPF: DERIVAN DA SILVA AVELINO

CPF de: Próprio

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

DERIVAN DA SILVA AVELINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DERIVAN DA SILVA AVELINO

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

DERIVAN DA SILVA AVELINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Derivan da Silva Avelino
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Peixeiro
IDENTIDADE:	3117065 SSP - RR
ENDEREÇO:	Rua Ver Waldemar Gomes, N° 326, Sencilor H. Campos

OUTORGADO

NOME:	Iloir Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP - RR
ENDEREÇO:	Rua. Antônio Pinheiro Balbão, N° 1832, Curitiba

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.

Boa Vista RR, 03/07/2018

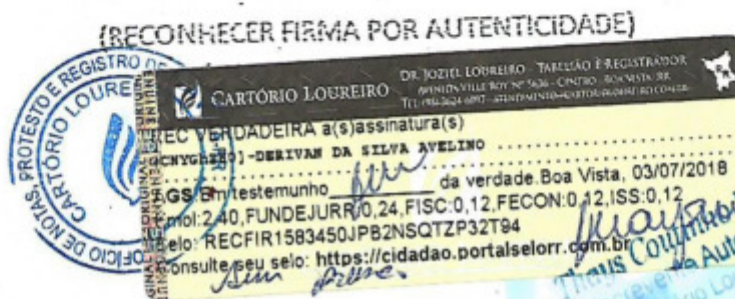
LOCAL E DATA



X DERIVAN DA SILVA AVELINO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO
ORIGINAL
18 OUT. 2018



Thais Coutinho
Escritório Autorizada
Cartório Loureiro

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Inc.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 395–404

CONTENTS

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

For full details of the programme visit www.bbc.co.uk/1/learning/2007/07/070716_1_learning.shtml

4. Type in the name of the individual (last, first, middle) in the search box.

King and Gosselin (1994) and King et al. (1995) conducted two studies

Copyright © 2003 John Wiley & Sons, Inc.

160510Z APR 18

11/09/2018

77

127

ILDIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P CALVAO 1832 6 DURITIS

CFR: 60098105151284

CEP: 69.389-200 - RUA VISTA

NOT: 5.000.12.04.021730

Category	Value	Unit	Category	Value
Food	51740		Food	27/08/2018
Alcohol	51471		Alcohol	25/07/2018
Cigarettes	1,000		Cigarettes	24/08/2018
Drugs	277		Drugs	24/08/2018
Dependent Property	277	FCM	Dependent Property	27/08/2018

1000

33

Table Number	Length	Number of Rows	File	Table ID	Table Name
RESIDENCE	81	2287345	N 1519404	1.1.1.1	194

RECEITA		CONSUMO	
JUL/18	150	CORRECAO MONETARIA DA 06/18-00	0,38
AUG/18	201	CORRECAO MONETARIA IC 06/18-00	2,03
MAI/18	205	MULTA POR ATRASO DE 1 06/18-00	0,95
ABR/18	155	JUROS DE MORA POR ATR 06/18-00	0,10
MAR/18	182	MULTA POR ATRASO 06/18-00	1,26
FEV/18	180	JUROS DE MORA DE IMPO 06/18-00	1,04
JAN/18	207	ILUMINACAO PUBLICA	31,25
DEZ/17	183		
NOV/17	156		
OUT/17	142		
SOMA DOS TÍTULOS			
1.420,00			

[illegible]

TL01 R

Med./Ano	Valor R\$
07/2018	187,27

Enfin, la commission a autorisé le financement de
un projet de loi de 1993, et elle a également
un projet de loi de 1993, et elle a également

CASO HAJA COORDENADA DE MORTES DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LUV)
DEVERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VINCIMENTO 1 0 11 36 21 26

[illegible]



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARÇEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1815109

MARIA JOSE DA SILVA

R. VER WALDEMAR GOMES, 328,

SENADOR HÉLIO CAMPOS

69016552 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 719250	MÊS 10/2018	PERÍODO DE CONSUMO 13-SEP-18 a 15-OCT-18
CONSUMO (kWh) 85	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 ECRIS: 0800 70 19 120

autorização mediante

monte aqui



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARÇEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836409000003.777500710008.00000000711.925018180015



18 OCT. 2018

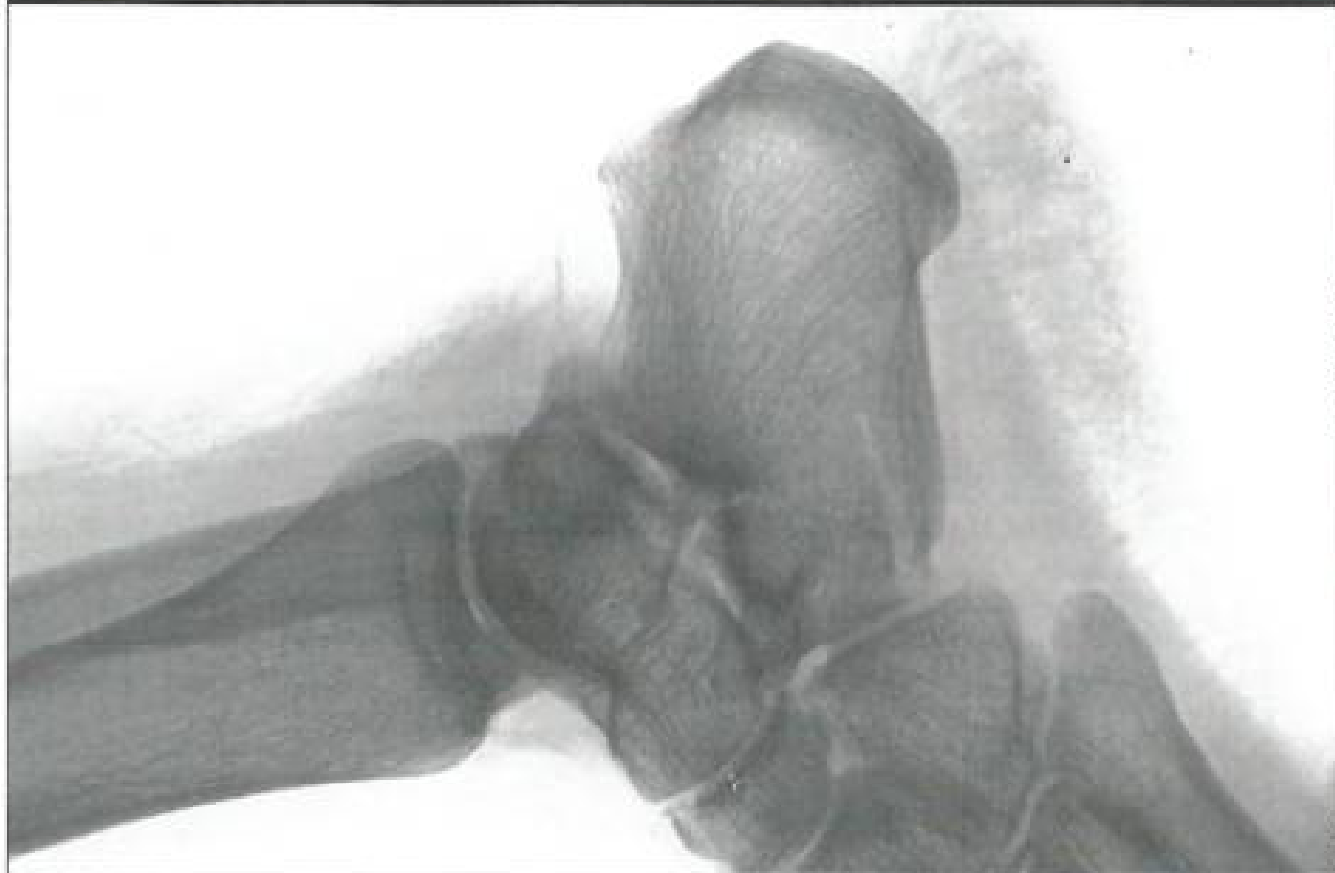


100.0 %

17/5/2018 01:10:01

DERIVAR DA SILVA AVELINO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



116.6 %

17/5/2018 01:10:01



17/02/2018 01:10:31

Tam. real

DERIVAM DA SILVA, AVELINO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



17/02/2018 01:10:04

Tam. real

D

K

□

DERIVAN DA SILVA
HOSPITAL CORONEL MOTA

7577

05/07/2018

Vilson

84,0 %





DERIVAN DA SILVA

HOSPITAL CORONEL MOTA

7577

05/07/2018

Vilson

72,0 %



D



D



DERIVAN DA SILVA

7577

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/07/2018

Vilson

60,7 %



D

20/08/2018

72.9 %

DERIVAN SILVA

9599

HOSPITAL CORONEL MOTA



20/08/2018

107.3 %

Cláudioaldo

D



PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 9637

TR ENILSON

DERIVAN DA SILVA

16/06/2018

D/N 17/11/1988

116,6 %

MEMBROS INFE



PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 9637

TR ENILSON

DERIVAN DA SILVA

16/05/2018

D/N 17/11/1988

61,7 %

MEMBROS INFE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Derivaldo da Silva Anelino,
RG nº 263.404, data de expedição 09 / 08 / 2002,
Órgão SSPIRR, portador do CPF nº 923.058.142-91, com
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
RODRINA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) VEREADOR
WALDEMAR GOMES, nº 326,
Bairro: SENADOR HELIO 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: 16-06-2018

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



Derivaldo da Silva Anelino

Assinatura do Declarante

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

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Anísio Teixeira, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/RR
Fone: (68) 3627-4155
Zoficial@boavista2cartorios.com.br

69.201
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
DERIVALDO DA SILVA ANELINO

Em testemunho da verdade, DDA
De que dou fé, Boa Vista/RR, 14 de dezembro de 2018.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidadaoportalserm.com.br
RECIFIR1582982XTBVW1AH00GAV381

Emolumentos: R\$ 7,39 Fundos ISS: R\$ 0,60 Total R\$ 7,99

Lidiane Silva Lopes
Escriturante Autorizada

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.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/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 operações suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.873/99.

Pelo exposto, eu Ilia Tarcia de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.061.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Denilson da Silva Andrade inscrito
(a) no CPF sob o Nº 002.825.602 / 62 do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima
Denilson da Silva Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Antônio Linhares Galvão</u>		Número <u>3832</u>	Complemento
Bairro <u>Boa Vista</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>PA</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>iliaira@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) _____ Telefone celular (DDD) <u>(95) 98125-9538</u>	

DOCUMENTO ORIGINAL

18 OUT. 2018

Boa Vista 18 de Outubro de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Inc.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 109–116

CONCLUSION

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 101–108

For full details of the programme visit www.bbc.com/education

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 111–118

King and Gosselin (1994) and King et al. (1995) conducted two experiments

Copyright © 2007 John Wiley & Sons, Ltd.

1605707

11/09/2018

77

1273

ILDIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P. CALVAO 1832 5 BUNITIS

CPE: 00098105151284

CEP: 69.389-200 - RUA VISTA

NOT: 5.001.12.04.021710

Category	Value	Subtotal	Percentage
Food	51740		27.04/2018
Alcohol	51471		25.87/2018
Commodities	1,000		0.00/2018
Services	277		0.00/2018
Capital Expenditure	277	FCM	0.00/2018

1000

33

Table Number	Length	Number of Rows	File	Table ID	Table Name
RESIDENCE	81	2287345	N 1519404	1.1.1.1	194

RECEITA		CONSUMO	
JUL/18	150	CORRECAO MONETARIA DA 06/18-00	0,38
AUG/18	201	CORRECAO MONETARIA IC 06/18-00	2,03
MAI/18	205	MULTA POR ATRASO DE 1 06/18-00	0,95
ABR/18	155	JUROS DE MORA POR ATR 06/18-00	0,10
MAR/18	182	MULTA POR ATRASO 06/18-00	1,26
FEV/18	180	JUROS DE MORA DE IMPO 06/18-00	1,04
JAN/18	207	ILUMINACAO PUBLICA	31,25
DEZ/17	183		
NOV/17	156		
OUT/17	142		
SOMA DOS TÍTULOS			
1.420,00			

[illegible]

TLGIR

Med./Ano	Valor R\$
07/2018	187,27

Enfin, le conseil d'administration a approuvé, au formatement de
www.les-herminiers.com, le 11/05/2011, le rapport annuel de
l'entreprise, faisant état de son état de santé financière.

CASO HAJA COORDENADA DE MÚLTIPLOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LUV)
OPERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VINCIMENTO 1 0 11 30 21 20

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CÂMERAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO			
VÁLIDA EM 1963 E TERRITÓRIO NACIONAL 980151096	NOME ELOYR INACIO DE SOUSA		
	DATA DE NASCIMENTO 11/05/1927		
	SEX M	DATA DE EMISSÃO 07/04/1979	
	FUNÇÃO JOSE SOUSA DE ASSUNÇÃO		
	ENDEREÇO OLIVEIRA DE OLIVEIRA		
ASSINATURA 		SEX M	DATA DE EMISSÃO 07/04/1979
ASSINATURA 		DATA DE EMISSÃO 07/04/1979	DATA DE EMISSÃO 07/04/1979
ASSINATURA 			
ASSINATURA 			
ASSINATURA 			
ASSINATURA 			
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: 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

**ELEKTROBRAS 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

Uder Dos Casos do Seguro Dpvt.

Com dados para:

SESEP - Superintendência de Seguros Privados (Órgão Fiscalizador)

CNPS - Conselho Nacional de Seguros Privados (Órgão Normativo)

Referente: Análise e pagamento do seguro obrigatório DPVAT.

Vítima: Desconhecida do Sr. Paulo Roberto Sinistro: 3181-497205

Prezados Senhores,

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

- Declaração do proprietário/conduzidor do veículo, pelo fato de ocorrência ter sido registrada posteriormente ao acidente e/ou acidente envolvendo um único veículo.

Motivo este que não justifica, uma vez que:

A Lei nº 6.194, de 10 DE DEZEMBRO DE 1974, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, os pessoas transportadoras ou não, nos seus artigos e parágrafos menciona:

"Art. 2º O pagamento de indenização será efetuado mediante análise, prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não ressarcimento, abalada qualquer transação de responsabilidade de terceiro".

"§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época de ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontado no dia e na preço da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482 de 2007)."

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

"§ 4º Havendo dúvida quanto ao valor da causa a ser paga, entre o proponente e as bases, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá ser acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver fornecimento pelo rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados em formulário próprio da entidade fornecedora. (Incluído pela Lei nº 8.441, de 1992).

"Art. 11. A sociedade seguradora que infringir as disposições desta lei estará sujeita às penalidades previstas no art. 108 do Decreto-Lei nº 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 11.482, de 2007)."

Diante do exposto, me coloco a disposição para esclarecer evidências dúvidas 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 necessitam. Por fim, com o objetivo de permitir o pedido de indenização do Seguro DPVAT, para então fazer a liberação da indenização do seguro obrigatório Dpvt.

Atenciosamente,

Local e data: B. de 16/05/2018 17.12.2018

William da Silva Aragão

ASSINATURA

RG: 3143-069

CPF: 002.825.603-60



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

1800957891		16/06/2018 23:49:34		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO ID-		124	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPI		(Particular)	
DERMAN DA SILVA AVELINO		17/11/1988		29 A 6 M 29 D				00282560062			
Tipo Doc		Documento		Orgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE				M		PARDA					
Nome		MARIJA JOSE DA SILVA						Contato		(95) 99174-8056	
Endereço		RUA - VEREADOR WALDEMAR GOMES - 326 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR						Ocupação			
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Obs. Particular	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Pesso.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA				PCS - PRONTO AT					
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por		SOUSA	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA									
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
		OL em fratura (S)									
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL					
				AO: 1234		RV: 12345		MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)											
		Vítima acidente de moto									
Exame Físico											
		Saúde geral, bom									
Hipótese Diagnóstica											
		Fratura braço e ? de cost									
SADT - Exames Complementares											
		<input type="checkbox"/> RAO-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					
		Fratura braço e ? de cost									
		Fratura braço e ? de cost									
		Fratura braço e ? de cost									
		Fratura braço e ? de cost									
		Fratura braço e ? de cost									
Condição											
		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Ambulatório							
		<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)							
		<input type="checkbox"/> Alta a Revelia		<input type="checkbox"/> Informação							
		<input type="checkbox"/> Transferência para:		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"/> IMI	
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico							
Impressão por: souza											
Data Hora: 16/06/2018 23:53:45											

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

Derivan da Silva Avelino

CPF da Vítima

002.925.602-62

Data do Acidente

30-06-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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 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.

Baurista, 30 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

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 - Nº 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: - Nº 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 9C2KC08508R018415, 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 TRANSITO 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-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

Agente CARC. DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 042000372

DOCUMENTO
ORIGINAL

18 OUT. 2018

DELEGACIA DE POLÍCIA
CONFÉRMATOR

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

002.925.602 - 62

Nome completo da vítima

Derivan da Silva Aveilino

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Derivan da Silva Aveilino		CPF titular da conta 002.925.602 - 62	Profissão Pereiro
Endereço Rua Ver Waldemar Gomes		Número 326	Complemento
Bairro Senador Helio Campos	Cidade Boa Vista	Estado Paraná	CEP 88.316 - 552
Email IUAIRRR @ HOTMAIL.COM			Telefone (DDD) 051 9125-9538

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

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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

Nº.

0953

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA

Nº.

21000

(Informar dígito se existir)

DV

9

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº.

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA

Nº.

(Informar dígito se existir)

DV

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 18 de Outubro de 2018

Lugar e Data

DERIVAN DA SILVA AVELINO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Carta nº 13514351

