

## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

CONTRATANTE: Denivan da Silva Avelino  
ESTADO CIVIL: solteiro  
RG nº. 3117065 SSP/RR  
CPF/MF nº. 002.825.602-62  
TELEFONE: (95) 99129-8805 E-MAIL: denivan-dasilva@hotmail.com  
ENDEREÇO: Rua: Ver Waldemar Gomes, 326, Senador Helio  
Campos, Boa Vista - RR

**OUTORGADOS:** Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório **THIAGO AMORIM ADVOCACIA** estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP - 69.317-103, fone: (095) 3625-0238 e 99169-0810.

**PODERES:** para o foro em geral, e os da cláusula "ad Judicia", mais os ressalvados no art. 38, do Código de Processo Civil, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação na via administrativa junto ao INSS, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 14 / 12 de 2019.

Denivan da Silva Avelino

## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Denivan da Silva Avelino  
ESTADO CIVIL: solteiro PROFISSÃO Peixeiro  
RG nº. 3117065 SSP/RR  
CPF/MF nº. 002.825.602-62  
ENDEREÇO: Rua Uer Waldemar Gomes, 326, Senador  
Helio Campos, Boa Vista - RR

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 14/12 de 2018.

Denivan da Silva Avelino

|                                      |                          |            |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| NOME: DERIVAN DA SILVA AVELINO       |                          |            |                          |
| LOC. DE NASC.: ITAITUBA - RR         | 17/11/1988<br>NASCIMENTO |            |                          |
| FILIAÇÃO: LOURIVAL DA SILVA AVELINO  |                          |            |                          |
| MARIA JOSÉ DA SILVA                  |                          |            |                          |
| DOC. APRESENTADO: RG 3117065 SESP RR |                          |            |                          |
| ESTADO CIVIL: SOLTEIRO               |                          |            |                          |
| LEI Nº 049 DE 18 DE MAIO DE 1995.    |                          |            |                          |
| RG: 3117065                          | CPF: 002.825.602-62      |            |                          |
| T. ELEITOR: 003626842690             | SEÇÃO: 135               | ZONA: 005  |                          |
| LOCAL DA EMISSÃO: SINE UNIDADE 01    |                          |            |                          |
| EMISSÃO: 06/11/2007                  | INATURAL EMISSOR         |            |                          |
|                                      |                          | BRASILEIRO | 02<br>QUALIFICAÇÃO CIVIL |

|                                           |  |                                             |  |
|-------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| MINISTÉRIO DO TRABALHO<br>E EMPREGO       |  | SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO |  |
| CARTeira DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL |  | PIS/PASEP                                   |  |
| 126.46658.66-6                            |  | 3126849                                     |  |
| 002-0                                     |  | RR                                          |  |
| Derivan da Silva Avelino                  |  | ASSINATURA DIGITAL                          |  |
| FIM                                       |  | FIM                                         |  |

Via de Pagamento para o mês de: 10/2018 referente a CC: 719250

<http://www.elektrobrasroraima.com/segundavia/fatura.php>



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

836400000003.777500750008.000000000711.925010180055



18 OCT. 2018

Via de Pagamento para o mês/ano: 10/2018 referente a UC: 719250

<http://www.eletrobrasroraima.com/segundavia/ratura.png>



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

836400000003.777500750008.000000000711.925010180055



18 OUT. 2018

**MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO**  
SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

PIS/PASEP  
**126.46658.66-6**

NÚMERO **3128849** SÉRIE **002-0** LT **RR**

*Derivan da Silva Avelino*  
ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



02 **QUALIFICAÇÃO CIVIL**

**BRASILEIRO**

NOME: **DERIVAN DA SILVA AVELINO**

LOC. DE NASC.: **ITAITUBA - RR**

FILIAÇÃO: **LOURIVAL DA SILVA AVELINO**  
**MARIA JOSÉ DA SILVA**

DOC. APRESENTADO: **RG 3117065 SESP RR**

ESTADO CIVIL: **SOLTEIRO**

LEI Nº 048, DE 18 DE MAIO DE 1995.

RG: **3117065**

T. ELEITOR: **003626842690**

SEÇÃO: **135**

CPF: **002.825.602-62**

ZONA: **005**

LOCAL DA EMISSÃO: **SINÉ UNIDADE 01**

EMISSÃO: **06/11/2007**

ASSINATURA DO EMISSOR

03 **ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE**

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

**LEGENDA**

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO  
B - SEP JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

18 OUT. 2018

**CONTRATO DE TRABALHO** 104.601.300/0001-7217

EMPREGADOR: CENTRO NORTE CONSTRUÇÕES

COLCHETE: Rua 158, Jardim São Mateus, 414 - C. 5

ENDEREÇO: CEP: 62.301-250-4

MUNICÍPIO: Boa Vista Roraima

ESP DO ESTABELECIMENTO: Serenite de Obra

CBO N°: 7170-20

DATA DE ADMISSÃO: 16 DE setembro DE 2014

REGISTRO N°: 0332 FIS / FICHA: Folha

REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA: R\$ 840,00 (Oitocentos e Quarenta Reais)

CENTRO NORTE CONSTRUÇÕES LTDA

1º: Amaro Antônio de Araújo

DATA DE SAÍDA: 28 DE setembro DE 2016

CENTRO NORTE CONSTRUÇÕES LTDA

1º: Amaro Antônio de Araújo

COM. DISPENSA CD N°:

IGTS N° DA CONTA:

**CONTRATO DE TRABALHO** 104.601.300/0001-7217

EMPREGADOR: CENTRO NORTE CONSTRUÇÕES

COLCHETE: Rua 158, Jardim São Mateus, 414 - C. 5

ENDEREÇO: CEP: 62.301-250-4

MUNICÍPIO: Boa Vista Roraima

ESP DO ESTABELECIMENTO: Serenite de Obra

CBO N°: 7170-20

DATA DE ADMISSÃO: 09 DE Maio DE 2014

REGISTRO N°: 0332 FIS / FICHA: Folha

REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA: R\$ 840,00 (Oitocentos e Quarenta Reais)

CENTRO NORTE CONSTRUÇÕES LTDA

1º: Amaro Antônio de Araújo

DATA DE SAÍDA: 31 DE dezembro DE 2016

CENTRO NORTE CONSTRUÇÕES LTDA

1º: Amaro Antônio de Araújo

COM. DISPENSA CD N°:

IGTS N° DA CONTA:

**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: MSCULINO - 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, local e hora supramencionados, conduzia a MOTOCICLETA 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 TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS.**

*Derivan da Silva Avelino*  
**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."

*[Assinatura]*  
**Agente CARC. DE POLÍCIA CIVIL**  
Mat. 042000372

17 OUT 2018

**AGENTE L...  
CONFERID...**

**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: MSCULINO - 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 á 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-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

**Agente CARC. DE POLÍCIA CIVIL**  
Mat. 042000372

**16 OUT. 2018**

**AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR**

**DOCUMENTO  
ORIGINAL**

**18 OUT. 2018**

## HER

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                |  |                                                                                                                                        |  |                                |  |                                                                                        |  |                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|
| 1800967891                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 16/06/2018 23:49:34                            |  | FICHA DE ATENDIMENTO                                                                                                                   |  | TRAUMATOLOGIA                  |  | NOTURNO 18-                                                                            |  | 124                        |  |
| Paciente<br>DERIVAN DA SILVA AVELINO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                |  | Data Nascimento<br>17/11/1988                                                                                                          |  | Idade<br>29 A 6 M 29 D         |  | CNS                                                                                    |  | CPF<br>00282560262         |  |
| Tipo Doc<br>Documento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Órgão Emissor Data Emissão                     |  | Sexo<br>M                                                                                                                              |  | Estado Civil<br>Pai            |  | Raça/Cor<br>PARDA                                                                      |  | Naturalidade<br>BRASILEIRA |  |
| Mãe<br>MARIA JOSE DA SILVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                |  | Contato<br>(95) 99174-8056                                                                                                             |  |                                |  | Ocupação                                                                               |  |                            |  |
| Endereço<br>RUA - VEREADOR WALDEMAR GOMES - 326 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                |  |                                                                                                                                        |  |                                |  |                                                                                        |  |                            |  |
| Class. de Risco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Plano Convênio<br>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |  | Nº da Carteira                                                                                                                         |  | Validade                       |  | Autorização                                                                            |  | Sis Prenatal               |  |
| Motivo do Atendimento<br>ACIDENTE DE MOTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Caráter do Atendimento<br>URGÊNCIA             |  | Profissional do Atend.                                                                                                                 |  | Procedência<br>PCS - PRONTO AT |  | Temp.                                                                                  |  | Peso                       |  |
| Selo<br>GRANDE TRAUMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Tipo de Chegada<br>DEMANDA ESPONTANEA          |  | Procedimento Sol.                                                                                                                      |  | Registrado por<br>SOUSA        |  |                                                                                        |  |                            |  |
| Queixa Principal<br>dor em tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                |  | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |  |                                |  |                                                                                        |  |                            |  |
| Anamnese de Enfermagem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                |  |                                                                                                                                        |  |                                |  | GSC<br>AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456                                                  |  | TOTAL                      |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)<br>Vítima acidente de moto                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                |  |                                                                                                                                        |  |                                |  |                                                                                        |  |                            |  |
| Exame Físico<br>Exame físico normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                |  |                                                                                                                                        |  |                                |  |                                                                                        |  |                            |  |
| Hipótese Diagnóstica<br>Fratura de tornozelo = ? Fx de                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                |  |                                                                                                                                        |  |                                |  |                                                                                        |  |                            |  |
| SADT - Exames Complementares<br><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<br>Fratura de tornozelo<br>Fratura de tornozelo<br>Fratura de tornozelo + Fx de                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                |  |                                                                                                                                        |  | APRAZAMENTO                    |  | OBSERVAÇÃO<br>24h<br>Glicone e Art. de<br>Tubo Em Ambulatório<br>COREN-RR 887.875 - TE |  |                            |  |
| Conduta<br><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação<br><input type="checkbox"/> Transferência para: 020805 Data e Hora da Saída/Alta: / / |  |                                                |  |                                                                                                                                        |  |                                |  |                                                                                        |  |                            |  |
| óbito<br>Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / /                                                                                                                                                                    |  |                                                |  |                                                                                                                                        |  |                                |  |                                                                                        |  |                            |  |

Carimbo e Assinatura do Médico

DOCUMENTO  
ORIGINAL  
18 OUT. 2018





PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 9637

TR ENILSON

DERIVAN DA SILVA

16/06/2018

D/N 17/11/1988

116,6 %

MEMBROS INFE



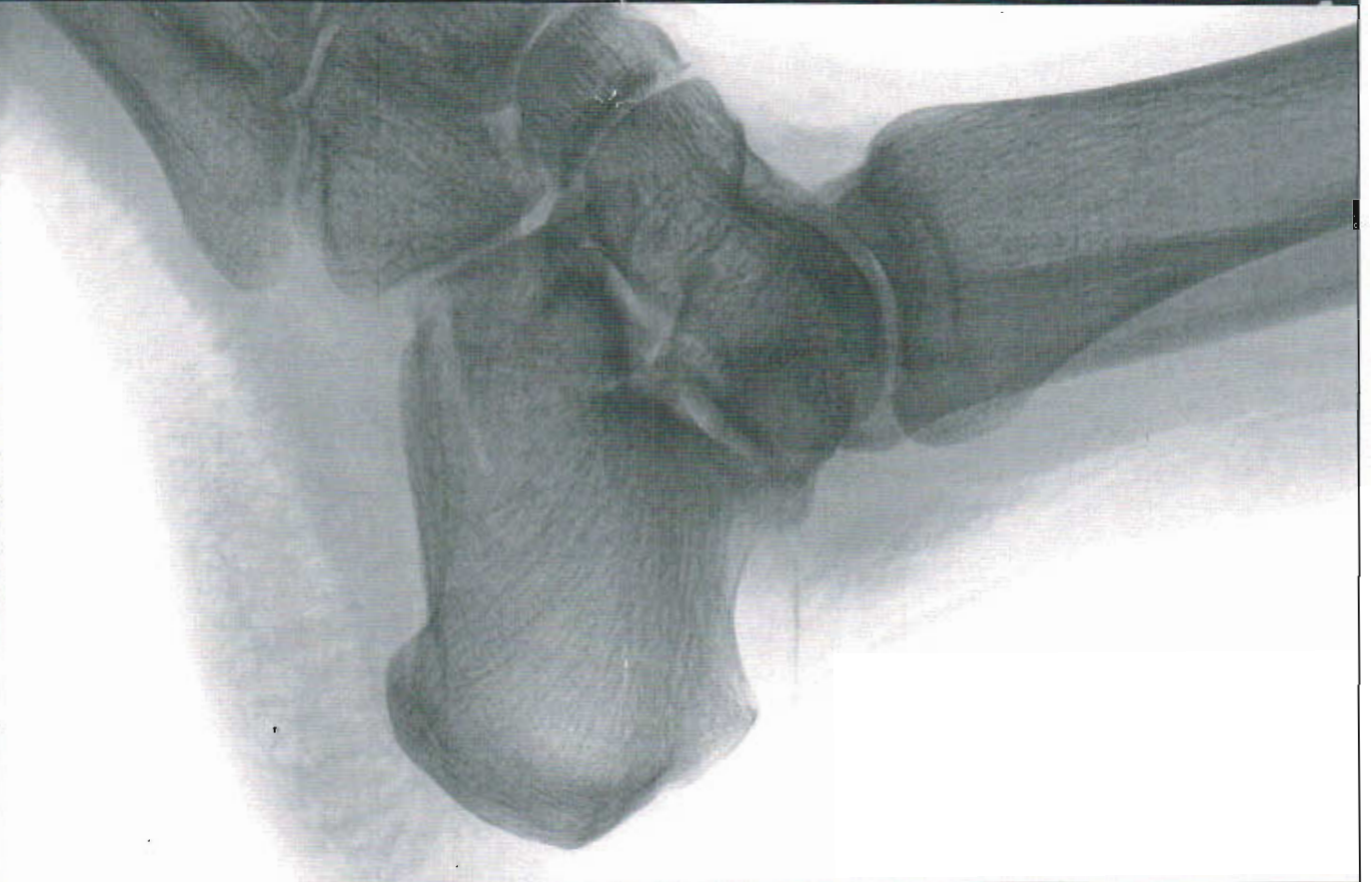


108,0 %

, DERIVAN DA SILVA AVELINO

17/6/2018 01:10:01

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



166 %

17/6/2018 01:10:01



□

D

K

Tam, real

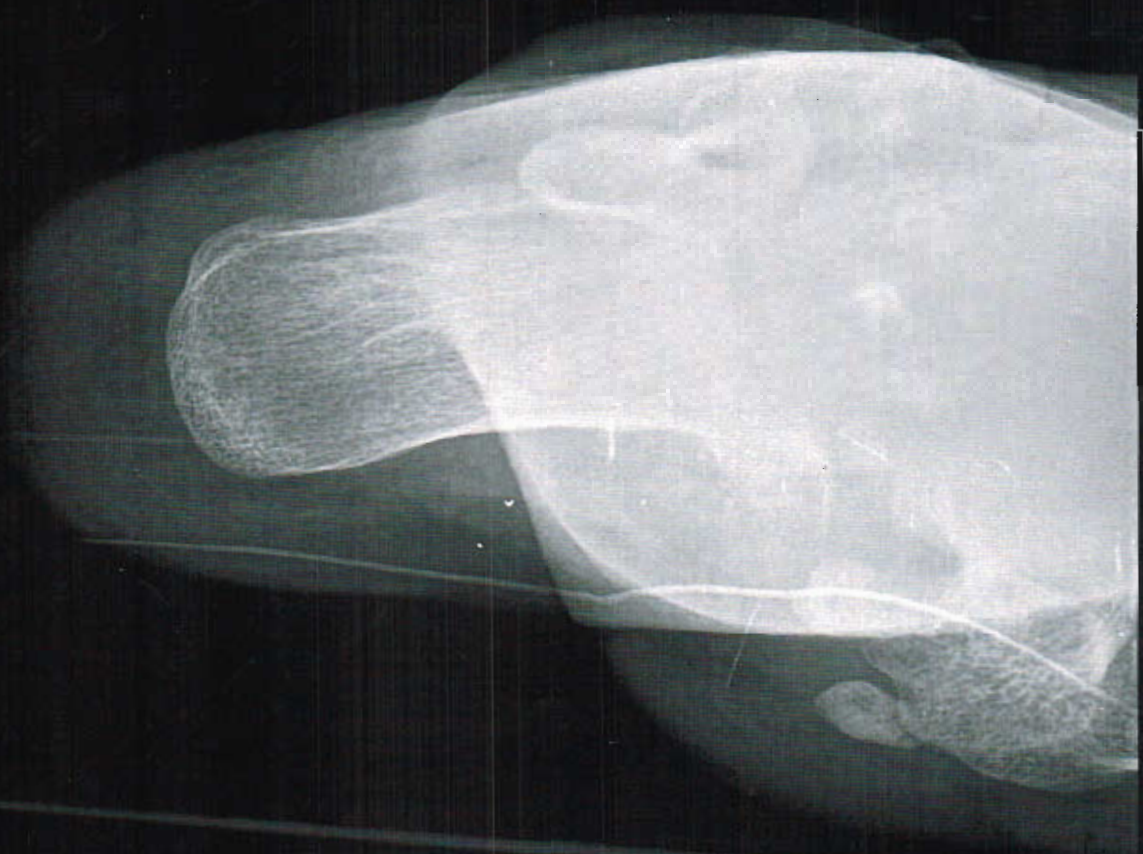
DERIVAN DA SILVA AVELINO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

17/6/2018 01:10:01

Tam, real

17/6/2018 01:10:01



|                       |            |        |        |
|-----------------------|------------|--------|--------|
| DERIVAN DA SILVA      | 7577       |        |        |
| HOSPITAL CORONEL MOTA | 05/07/2018 | Vilson | 84,0 % |



DERIVAN DA SILVA  
HOSPITAL CORONEL MOTA

7577  
05/07/2018

Vilson

72.0 %



D



DERIVAN DA SILVA

7577

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/07/2018

Wilson

60,7 %



0/08/2018

72,9 %

20/08/2018

107,3 %

DERIVAN SILVA

9599

HOSPITAL CORONEL MOTA

Cloudoaldo

Documentos Despesas Médicas  
Documentos Invalidez Permanente  
Documentos Morte  
Dicas Indispensáveis

#### PAGUE SEGURO

Como Pagar  
Consulta a Pagamentos Efetuados

#### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3180497205 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** DERIVAN DA SILVA AVELINO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** COELHO NETO - CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORRETAGEM DE SEGUROS S/S LTDA. - ME FILIAL/RR

**BENEFICIÁRIO** DERIVAN DA SILVA AVELINO

**CPF/CNPJ:** 00282560262

**Posição em 21-01-2019 18:51:21**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

| Descrição                       | Tipo   | Status       | Nome |
|---------------------------------|--------|--------------|------|
| Comprovação de ato declaratório | Vitima | Não Conforme |      |

#### Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência           | Ver Carta                                                                             |
|---------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 05/01/2019    | Exigência Documental |  |
| 25/10/2018    | Exigência Documental |  |
| 25/10/2018    | Aviso de Sinistro    |  |