

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Samara Sousa Mendes inscrito (a) no CPF 009.163.392-66/ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilda Lopes Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 609.330.892/ 97 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gilda Lopes Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 609.330.892/ 97, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Av. Expedito Francisco da Silva</u>		Número	<u>378</u>	Complemento
Bairro	<u>Dr. Silvio Kisti</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado	<u>RR</u>
Email	<u>samara_mendes@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>69.314-302</u>	
			Telefone celular(DDD)	<u>(69) 99162-2303</u>	

Boa Vista - RR, 24 de Outubro de 2018
Local e Data

Samara Sousa Mendes
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

30 OUT 2018

RECEBIDO

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



FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		41	
Paciente: GILDA LOPES PEREIRA		Data Nascimento: 26/10/1966		Idade: 51 A 8 M 7 D		CNS: 898000760204291	
CPF: 60933089287		CPF: 60933089287		CPF: 60933089287		CPF: 60933089287	
Tipo Doc: Documento		Orgão Emissor: SSP-RR		Data Emissão: 02/08/1995		Sexo: F	
Estado Civil: SOLTEIRO(A)		Raca/Cor: JEQUIE - BA		Naturalidade: BRASIL		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Mãe: IDALIA TOME LOPES		Endereço: RUA - C-51 - 807 - ALVORADA - BOA VISTA - RR		Contato: (95) 99143-3916		Ocupação: DO LAR	
Class. de Risco		Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº de Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento: URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Tipo de Chagada: GRANDE TRAUMA		Tipo de Chagada: SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por: CASSIA ANDRADE	
Queixa Principal		SABEMI SEGURADORA S/A		Síndrome Febril		Síntomático Respiratório	
Anamnese de Enfermagem		30 OUT 2018		GSC		TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)		RECEBIDO		AD: 1 2 3 4 Rv: 1 2 3 4 5 MR: 1 2 3 4 5 6			
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica		20081007					
SADT - Exames Complementares		RAIO-X		ULTRA-SON		TC	
SANGUE		URINA		ECG		OUTROS:	
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
Dipirona - 1000mg							
Paracetamol - 1000mg							
Ceftriaxona - 1000mg							
Clonazepam - 0,5mg							
Conduta		Alta por Decisão Médica		Ambulatório			
Alta a Pedido		Alta a Revelia		Observação (Até 24h)			
Transferência para:				Internação			
óbito		Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não		Destino: () Família () IMC Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: cassia.andrade		Data Hora: 02/07/2018 17:50:28		Verso			



1883875003

Unidade

Trauma contuso em punho @ grupo 2000 m² -
notificação (HL) com insucessos prévios, ausência de
lesão em punho. Sem mais queixas:

RX: Fratura de rádio ulnar @.

ES: Redução plástica e bandagem + fix.

de controle.

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR



SABEMI SEGURADORA S/A

30 OUT 2018

RECEBIDO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 166486 09/02/2018

SERIE GILDA LOPES PEREIRA

FILIAÇÃO BERNARDINO ALVARES PEREIRA EDILIA TOME LOPES

JEQUIÉ - BA

CERTIDÃO NASC 81.767 FL 54 LIV A-120

19 OF 804 VISTA-RR

609.330.852-87 2ª VIA

ANABEL ROCHA TRIANI

26/10/1966

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OCULID OMELZ

Polgar Direito

Gilda Lopes Pereira

PROIBIDO COPIAR

RECEBIDO

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

DETRAN - RR Nº 013042287571
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

WV 609/230/632-87
01 005/7047710 2018

BILDO LUCES PEREIRA

RR RR

609.330.632-87

RR 65VJK4H8DEM05756

POS/CTICL OMOTOMAC AP/110

DAS-RA/2 IS 50

CP/0020007

PARTICU

VERMELHA

3*****

SECUR

04/07/2016

04/07/2016

04/07/2016

04/07/2016

04/07/2016

04/07/2016

04/07/2016

RR Nº 013042287571 BILHETE DE SEGURO DPVAT

WV 609/230/632-87
01 005/7047710 2018

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RR RR

609.330.632-87

RR 65VJK4H8DEM05756

POS/CTICL OMOTOMAC AP/110

DAS-RA/2 IS 50

CP/0020007

PARTICU

VERMELHA

3*****

SECUR

04/07/2016

04/07/2016

04/07/2016

04/07/2016

04/07/2016

04/07/2016

04/07/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU COMO SEGURO DPVAT

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

PREMIO TARIFARIO

R\$25,96

R\$2,66

R\$26,62

R\$57,61

R\$8,22

R\$4,15

R\$4,15

R\$4,15

R\$4,15

R\$4,15

SABEMI SEGURADORA S/A

30 OUT 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: GILDA LOPES PEREIRA, brasileira, solteira, doméstica, portador da cédula de identidade RG nº 166.486 SSP/RR e devidamente inscrita no CPF nº 609.330.892-87, residente e domiciliada na Rua C-51, nº 807, Bairro Alvorada, CEP nº 69.316-703, nesta Capital;

OUTORGADO: JOSIANE FERREIRA ALVES, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Estado de Roraima, sob o nº 1730-N, endereço eletrônico: josiane1806@outlook.com e SAMARA SOUSA MENESES, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Estado de Roraima, sob o nº 1517-N, endereço eletrônico: samara.meneses@hotmail.com, ambas com endereço profissional na Avenida Exedito Francisco da Silva, nº 378, Bairro Dr. Sílvio Leite, CEP 69.314-302 nesta Capital.

PODERES: Para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive repartições públicas federais, estaduais ou municipais, de qualquer natureza, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, postular na instância administrativa, usando recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes para tudo requerer e assinar, desistir, transigir, receber e dar quitação, firmar compromisso ou acordos, efetuar levantamento de alvará judicial ou depósitos, representá-lo em audiência de conciliação e julgamento, podendo para tanto, enfim, praticar todos os demais atos necessários ao bom, fiel e cabal cumprimento deste mandato, podendo, ainda, substabelecer esta a outrem, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes. A presente procuração outorga as advogada acima descritas, com minha autorização e pedido todos os poderes para requerer à gratuidade da justiça e assinar declaração de hipossuficiência econômica, tudo conforme artigo 105 da Lei 13.105/2015 – CPC.

Boa Vista-RR, 27 de Setembro de 2018.

Gilda Lopes Pereira

Outorgante

SABEMI SEGURADORA S/A 30 SET 2018 RECEBIDO	
DANIEL AQUINO Cartório do 2º Ofício de Boa Vista Daniel Aquino - Tabelião e Registrador Av. Alameda Teles, 4427 - Boa Vista - Boa Vista Fone: (95) 2177-4134 daniel@boaavista.com.br	51168.5bace58709513 Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s) 1/ GILDA LOPES PEREIRA Em testemunho da verdade, DOA De que deu fé, Boa Vista-RR, 27 de setembro de 2018. Consulte o(s) ato(s) abaixo em cidades.portalsscm.com.br REC FIR1582959N57TBS4IQUAV1251 Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos ISS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

PROCURAÇÃO ESPECÍFICA

Por este instrumento particular de PROCURAÇÃO e pela melhor forma de direito, **GILDA LOPES PEREIRA**, brasileira, solteira, doméstica, portador da cédula de identidade RG nº 166.486 SSP/RR e devidamente inscrita no CPF nº 609.330.892-87, residente e domiciliada na Rua C-51, nº 807, Bairro Alvorada, CEP nº 69.316-703, nesta Capital. Nomeia e constitui como sua Procuradora a Sra. **SAMARA SOUSA MENESES**, brasileira, maior, capaz, solteira, advogada, portadora da cédula de identidade nº 351504-4 SSP/RR, inscrita no CPF sob o nº 009.163.382-66, endereço profissional na Rua Exedito Francisco da Silva, nº 378, Bairro Dr. Sílvio Leite, CEP 69.314-302, nesta Capital; a quem confere poderes junto ao **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA – HGR; SESAU, IML e onde mais preciso for** e com esta se apresentar com o fim especial de requerer e receber documentos devidos e destinados ao outorgante, tais como **prontuário médico, declarações, atestados, receitas médicas**, documentos comprobatórios de transporte de acidentado; e o que mais preciso for, dar entrada em processos, apresentar documentos exigidos e torna-los, prestar declarações, requerer o que for de direito, preencher e assinar livros, protocolos, formulários, prontuários, folhas, guias e o que mais preciso for, enfim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, podendo inclusive substabelecer, total ou parcialmente, e junto a **DAT – DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**; e com esta se apresentar com o fim especial de tratar de todos os assuntos e interesses do outorgante referente ao **SEGURO DPVAT**; podendo para esse fim o dito procurador, dar início e andamento a processo, assinar e alegar o que convier, apresentar provas, juntar e retirar papeis e documentos, satisfazer e cumprir exigências, apresentar documentos exigidos e torna-los a receber, solicitar laudos, atestados, solicitar 2ª via de documentos, preencher formalidades; cláusulas e condições, acompanhar e dar andamento a processos, tomar ciência dos despachos, cumprir exigências, requerer, recorrer e concordar com as condições do mútuo, praticar enfim todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

Boa Vista/RR 22 de Março de 2019.

Gilda Lopes Pereira

GILDA LOPES PEREIRA

Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397253/18

Número do Sinistro: 3180511267

Vítima: GILDA LOPES PEREIRA

CPF: 609.330.892-87

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILDA LOPES PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

SAMARA SOUSA MENESES : 009.163.382-66

Procuração

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: 10/04/2019
Nome: SAMARA SOUSA MENESES
CPF: 009.163.382-66

SAMARA SOUSA MENESES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES
CPF: 026.874.120-40

JULIANE CAMPOS RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397253/18

Vítima: GILDA LOPES PEREIRA

CPF: 609.330.892-87

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILDA LOPES PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SAMARA SOUSA MENESES : 009.163.382-66

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

GILDA LOPES PEREIRA : 609.330.892-87

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: 30/10/2018
Nome: SAMARA SOUSA MENESES
CPF: 009.163.382-66

SAMARA SOUSA MENESES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2018
Nome: ELIANE FALK
CPF: 010.372.382-06

ELIANE FALK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397253/18

Número do Sinistro: 3180511267

Vítima: GILDA LOPES PEREIRA

CPF: 609.330.892-87

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILDA LOPES PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

SAMARA SOUSA MENESES : 009.163.382-66

Procuração

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: 27/12/2018
Nome: SAMARA SOUSA MENESES
CPF: 009.163.382-66

SAMARA SOUSA MENESES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018
Nome: ELIANE FALK
CPF: 010.372.382-06

ELIANE FALK

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GILDA LOPES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180511267**

Vítima: **GILDA LOPES PEREIRA**

Data do Acidente: **02/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **SAMARA SOUSA MENESES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180511267**.

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 13560654



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 609.330.892-87	Nome completo da vítima Gilda Lopes Pereira
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gilda Lopes Pereira		CPF titular da conta 609.330.892-87	Profissão Ermiteira
Endereço Rua C 51		Número 107	Complemento
Bairro Alvorada	Cidade Bea Vista	Estado RR	CEP 69.317-236
Email lexian1806@outlook.com		Telefone (DDD) (95) 99159-2452	
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

☒ RECLUSO 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	☐ 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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRQ: 3027 DIV: 013 CONTA NRQ: 0007183 DIV: 0 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: _____ NRQ: _____ AGÊNCIA NRQ: _____ DIV: _____ CONTA NRQ: _____ DIV: _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

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

Bea Vista-RR, 24 de Outubro de 2018
Local e Data

Gilda Lopes Pereira Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	Campo 2 - Assinatura do Representante Legal 30-OUT-2018
SABEMI SEGURADORA S/A RECEBIDO	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032009/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/08/2018 11:47 Data/Hora Fim: 10/08/2018 12:09
Origem: Polícia Judiciária Data: 10/08/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 02/07/2018 17:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Amazonas
Complemento: Cruzamento

Bairro: Dos Estados

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILDA LOPES PEREIRA (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: BA - Jequié Sexo: Feminino Nasc: 26/10/1966
Profissão: Empregada Doméstica Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteira(a)
Nome da Mãe: Idália Tomé Lopes Nome do Pai: Bernardino Alvares Pereira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 166.486
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 609.330.892-87

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: C 51
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99143-3916 (Celular)

Nº: 807

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Placa: NAV-6029
Ano/Modelo Fabricação: 2014/2013
UF Veículo: Roraima
Marca/Modelo: DAFRA/ZIG 50
Veículo Adulterado? Não
Situação: Envolvido

SABEMI SEGURADORA S/A

30 OUT 2018

RECEBIDO

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Número do Chassi: *****05756
Cor: Vermelha
Município Veículo: Boa Vista
Modelo: DAFRA/ZIG 50
Quantidade: 1 Unidade

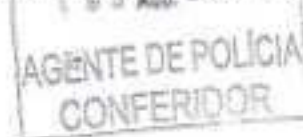
Nome Envolvido	Envolvimentos
Gilda Lopes Pereira	Proprietário

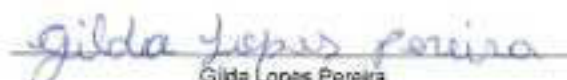
RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitada compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descrito acima, quando trafegava conduzindo a motoneta de sua propriedade também já descrita acima, onde veio a ser colidida por um veículo que invadiu a preferencial. Que sofreu lesões corporais, inclusive desmaiou e por isso não tem nenhuma informação do outro veículo bem como do condutor. Que foi socorrida do local por uma equipe do SAMU até o HGR. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inácio Araújo
Responsável pelo Atendimento




Gilda Lopes Pereira
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou a(s) vítima(s) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento, conforme previsto nos Artigos 259 (Denúncia Crime) e 343 (Falsas Declarações de Crime) do Código Penal Brasileiro."

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

CPF da Vítima

Data do Acidente

Gilda Lopes Pereira

209.330.892-87

02/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

SABEMI SEGURADORA S/A

30 OUT 2018

RECEBIDO

Boa Vista-RR, 29 de Outubro de 2018

Local e Data

Gilda Lopes Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Paciente: WILDA LUCAS PEREIRA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Idade: 51 Sexo: F

Endereço: AV. A. M. R. OLIVEIRA

Raça: Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia

Bairro: PARQUE

Nº 12.255

DATA 10/11/18

HORA J: 10:00

BASE ☐ VIA ☒

☐ RADIO

HORA N: 10:00

☐ CELULAR

MOTIVO DO AÇIONAMENTO

ACIDENTE MOTO X CARRO

AÇIONAMENTO

☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NA BASE ☐ OUTRO

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

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA
(na cena do acidente)

AUTOMÓVEL

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

PEDESTRE

- ☐ Atropelamento ☐ CICLOVIA
☐ VIA ☐ CALÇADA ☐ FAIXA

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL

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

MOTOCICLETA / BICICLETA

- ☒ Colisão MOTO x
☐ Queda de moto ☐ Com capacete
☐ Atropelamento ☐ Sem capacete
☐ Queda de Bicicleta
☐ Pêlo ☐ Garupa

VIOLÊNCIA

- ☐ FAF
☐ PAF
☐ Espancimento
☐ Violência Doméstica
☐ Violência Sexual
☐ Tentativa de suicídio
☐ Outro:

OUTROS

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

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AERÉAS

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

VENTILAÇÃO

- ☐ Espirreio
☐ Apnéia
☐ Dispneia
☐ Bradipneia
☐ Taquipneia
☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Respiração paradoxal

CIRCULAÇÃO

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

AVAIL NEUROLÓGICA

- ☐ AVDN
☐ Mose
☐ Midriase
☐ Anisocoria ☐ ☐ IE
☐ Apertamento Estizado

☐ GLASGOW

SINAIS VITAIS E ESCORES

Horas	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR
Início <u>11:20</u>	<u>(96/75)</u>	<u>75</u>	<u>20</u>	<u>95</u>	<u>36</u>		<u>10</u>	
Fim <u>17:50</u>	<u>200/130</u>	<u>115</u>	<u>20</u>	<u>90</u>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele

- ☐ Corada
☐ Quente
☐ Palida
☐ Fria
☐ Umida
☐ Seca
☐ Cianótica

Cabeça

- ☐ Contusão
☐ Escoriação
☐ Laceração
☐ Hematoma
☐ Abundamento
☐ Fer. penetrante

Face

- ☐ Contusão
☐ Escoriação
☐ Laceração
☐ Ferimento ocular
☐ Luxação
☐ Mandíbula

Pescoço

- ☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Hematoma
☐ Desvio da traqueia
☐ Enfisema Subcutâneo

Tórax

- ☐ Dor
☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Contusão pulmonar
☐ Ferida Aspirativa
☐ Empenamento

Abdome

- ☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Distensão
☐ Em tábua
☐ Deloroso
☐ Evisceração

Pelve

- ☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Dor
☐ Instabilidade
☐ Crepitação

Coluna Dorsal

- ☐ Contusão
☐ Hematoma
☐ Dor
☐ Escoriações
☐ Crepitação

MMSS

- ☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Luxações
☐ Lacerações
☐ Fratura
☐ Amputação
☐ Crepitação

MMI

- ☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Luxações
☐ Lacerações
☐ Fratura
☐ Amputação
☐ Crepitação

OCULAR

- ☐ Espontânea
☐ Ao comando
☐ A dor
☐ 1 Sem resposta

VERBAL

- ☐ Orientado
☐ Confuso
☐ Palavras inapropriadas
☐ Palavras incompreensíveis
☐ 1 Sem resposta

MOTORA

- ☐ Obedece a comandos
☐ Localiza a dor
☐ Movimento de retirada
☐ Flexão anormal
☐ Extensão anormal
☐ 1 Sem resposta

TOTAL

15

AVALIAÇÃO CARDÍACA

- ☐ Ritmo Sinusal
☐ Taquicardia
☐ Bradicardia
☐ Flutuar

- ☐ Fibrilação atrial
☐ Fibrilação ventricular
☐ Assístolia

APECCAO CLINICA

- ☐ Respiratória
☐ Neurológica
☐ Psiquiátrica
☐ Metabólica
☐ Cardiovascular
☐ Aberto

- ☐ Digestiva
☐ Infecçosa
☐ Celástica
☐ Outra

HISTÓRIA PEGRESSA

- ☐ Diabetes
☐ Cardiopatia
☐ HAS
☐ Medicação de uso

- ☐ Alergias
☐ Outros

GRAVIDADE PRESUMIDA

☐ ILESO

☐ PEQUENA

☐ MÉDIA

☐ SEVERA

☐ ÓBITO EVIDENTE

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

30 OUT 2018

MÚLTIPLOS MEIOS AÇIONADOS

Polícia Militar
Guarda Municipal
SAMTRAN
Bombeiro
Outros:

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 03/10/2018

RECEBIDO

OBSERVAÇÕES

INCIDENTE

RCP

- ☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontra no local - EVASÃO
☐ Recusa de hospitalização
☐ Troca
☐ Bombeiro no local

- ☐ Iniciado em:
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.

AGOSTO/2018

06/09/2018

460

279,87

RUIDOLAN COSTA DE MENESES

R. EXPEDITO FRANCISCO SILVA 378 DR. SILVIO LEITE

CPF: 00046868836237

CEP: 69.334-302 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.06.183000

Consumo	5529	Plano	20/08/2018
Anterior	5069	Anterior	18/07/2018
Categoria de Uso Residencial	1.000	Próximo vencimento	18/09/2018
Consumo mínimo	460	Exatidão	17/08/2018
Consumo máximo	460	Exatidão	20/08/2018

NORMAL

33

RESIDENCIAL

BI

TDB1614749N 1420842 1.1.1.2

452

Consumo	5529	Consumo	460 A R\$ 0,557486 =	256,44
JUL/18	268	ILUMINACAO PUBLICA		23,43
JUN/18	421			
MAI/18	409			
ABR/18	462			
MAR/18	434			
FEV/18	577			
JAN/18	458			
DEZ/17	690			
NOV/17	822			
OUT/17	481			
TOTAL DO MÊS	5529			
DEBITO COM TRIBUTOS				

Mês/Ano Valor R\$ 07/2018 381,74

Unidade consumidora sujeita a cobrança de fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2018, o pagamento será feito em parcelas mensais e incluídas no valor de consumo de energia elétrica. Caso não seja efetuado o pagamento, ficará devedor de energia elétrica.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LDB) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16:11 16 21 26

RECEBADO FISCAL DAAZ.9F4B.56B9.CA1C.3BE4.6772.6019.5F69

Contribuição	78,81	Valor de Cobrança	256,44
Imposto	126,07	Imposto ICMS	17,00%
Taxa de Serviço	0,00	Valor de ICMS	43,59
Imposto de Renda	5,25	Valor de PIS	0,47
Outros	46,31	Valor de COFINS	2,25

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82

0,00 0,00 0,00

FLORESTA 06/2018 93,72

ROT: 11.001.19.06.183000

Eletrobras
Distribuição Roraima

Endereço: Rua José de Sá, 100 - Centro - Boa Vista - RR

CEP: 69.001-100 - RR

0040105-6

08/2018

279,87

06/09/2018

001291441 FCAH

83650000002 8 79870075000 2 00000000040 6 10560818008 6



SEQ.: 00273 UC: 0040105-6 DT. LEIT.: 20/08/2018 T. ENTR.: 07

LEITURA: 5529 NORMAL TOTAL: 279,87 CARGA: 018

DT. VENC.: 06/09/2018 IRREC.: 000 COLETO: 1011

SABEMI SEGURADORA S/A

30 OUT 2018

RECEBIDO