



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Aente Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 308/13

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0108915-3

Nº da Nota Fiscal: 003319917
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILOR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual	27732		Atual: 25/07/2019
Anterior	27536		Anterior: 24/06/2019
Constante de Multiplicação:	1.000		Próxima Leitura: 25/08/2019
Consumo Medido:	196		Emissão: 24/07/2019
Consumo Faturado:	196	FCAM	Apresentação: 25/07/2019

NORMAL

31

CLASSE SUBCLASSE		LIGAÇÃO	NÚMERO MEDIDOR	PERÍODO	CÓDIGO FAM	MÉDIA 12 MESES
RESIDENCIAL	BI		2206908	N 1519448	1.1.1.2	238
HISTÓRICO (kWh)						
Máximo consumo						
JUN/19	158	CONSUMO	196	A R\$ 0,764602 =	149,86	
MAI/19	100	ILUMINAÇÃO PÚBLICA			42,55	
ABR/19	178					
MAR/19	263					
FEV/19	237					
JAN/19	231					
DEZ/18	209					
NOV/18	370					
OUT/18	345					
SET/18	246					
TOTAL DE TRIBUTOS:	74,196 - 0,63462					

DESCRIÇÃO DA CONTA

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ 06/2019 164,28 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/08/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O seu pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informando ainda que a tarifa constante já venceu e já reavaliada no valor de R\$ 212,94 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 080007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9E73.38C8.904F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição:	38,51
Energia:	81,64
Transmissão:	0,00
Encargos:	4,24
Tributos:	25,47

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo:	149,86
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	25,47
Valor do PIS:	0,00
Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
8,80 16,00 1,55

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021718

05/2019 32,81

SEU CÓDIGO
0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$
192,41

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
11/08/2019

Nº da Nota Fiscal:
003319917

FCAM

8368000001 7 92410075000 0 0000000108 1 91530719008 1



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

 Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
 Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 Ilairi Imacio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ara Mees da Silva Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.846.502 / 82

do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Ara Mees da Silva Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.846.502 / 82, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

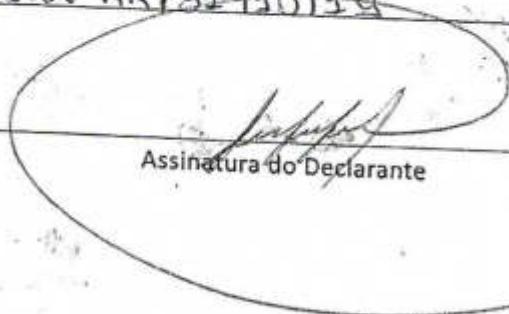
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão</u>		
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Bea Vista</u>
E-mail:	<u>Ilairi@hotmail.com</u>		
	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
	Estado:	<u>RR</u>	CEP:
	<u>69.309-209</u>		
	Tel.(DDD):		
	<u>(65) 99154-4282</u>		

Local e Data: Bea Vista - RR, 31/10/19


 Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^ª Classificação/Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Viva
VJC
Acre

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA							DIURNO 07-19	5	
1901129254	29/06/2019 08:58:23	Paciente ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA	Data Nascimento 15/12/1967	Idade 51 A 6 M 14 D	CNS 706807775318925	CPF	Prontuário		
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 65846	Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão 24/01/1991	Sexo F	Estado Civil NAO	Raça/Cor PARDA	Naturalidade BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe FRANCISCA VITORINA DA SILVA									
Endereço RUA - CASSIMIRO JOSE DA SILVA - 384 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco ACIDENTE DE MOTO	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Nº da Carteira INFORMADO	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Setor GRANDE TRAUMA	Profissional do Atend. Tipo de Chegada		NI		Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								
Anamnese de Enfermagem					GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL 15			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Vítima 08 ACS DURTO 08 MOT, TRA 2104 PBL SAMU com IMOBILIZAÇÃO BRIQUETE - POMER 7A DIREITA									
Exame Físico 01 NOV. 2019									
Hipótese Diagnóstica FRACTURA 08 ÚMERA ?									
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-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			
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: 01270 P8954									
<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: / / : / : /									
Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : / : /									
Assinatura do Paciente ou Responsável					Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: leilson.sousa Data Hora: 29/06/2019 09:00:31					 Dr. Fernando Andrade Martins Souza Organização Oncológica de Cabeça e Pescoço CRM-RF 1643				
 1901129254									



PRIMEIRO ATENDIMENTO
EQUIPE SAMU BV
UNIDADE: BRAVO I

Nº 1186:



Paciente:	Ana Neris da Silva Oliveira			Idade: 51	Sexo: F
Nacionalidade:	Brasileira			Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia	
Endereço:	Rua Horacio mandel c/Almundo Viegas			Bairro: Ara Branca	
Nº 10.845	DATA 29/06/19		HORA J/9: 08:28		BASE () VIA () () RÁDIO
Médico (a) Regulador (a):	Enrico		HORA J/10: 08:20		() CELULAR
MOTIVO INICIAL	moto x carro.				
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ()		1 a 3 horas (X)	4 a 24 horas ()	Mais de 24 horas ()	Não sabe ()

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Quelmadura | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / esfacelamento | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Choque elétrico | <input type="checkbox"/> Transferência |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Exame complementar |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Urgência clínica | <input type="checkbox"/> Outros |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VITIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

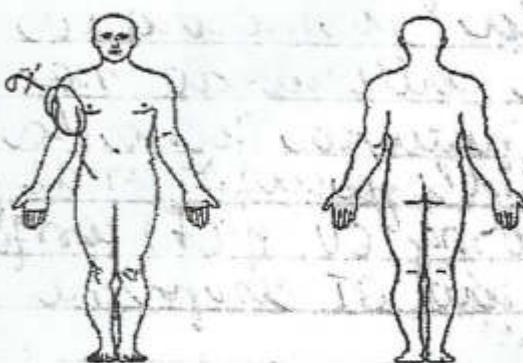
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Cianose central [] Extremidade N	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

SINAIS VITais E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemias	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio 8:35	-	88	16	98				
Fim 8:52	-	87	16	99				15

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vitima)

- | | | | |
|----------------------------|--|--|-------------------------------|
| LESÃO IDENTIFICADA | | | ABERTURA OCULAR |
| 1 - Dor | | | 4 - Espontânea |
| 2 - Hematoma | | | 3 - Ao comando |
| 3 - Contusão | | | 2 - À dor |
| 4 - Escoriação | | | 1 - Sem resposta |
| 5 - Laceração | | | |
| 6 - Luxação | | | RESPONSA VERBAL |
| 7 - Fratura fechada | | | 5 - Orientado |
| 8 - Fratura exposta | | | 4 - Confuso |
| 9 - Amputação | | | 3 - Palavras inapropriadas |
| 10 - Evisceração | | | 2 - Palavras incompreensíveis |
| 11 - Afundamento de crânio | | | 1 - Sem resposta |
| 12 - Ferimento penetrante | | | |
| 13 - Tórax instável | | | RESPONSA MOTORA |
| 14 - Enfisema subcutâneo | | | 6 - Obedece a comandos |
| 15 - Ferida aspirativa | | | 5 - Localiza a dor |
| 16 - Empalamento | | | 4 - Movimento de retirada |
| 17 - Outros | | | 3 - Flexão anormal |



AVALIAÇÃO CARDIÁCA		AFFECTAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA	
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/> Alergias Negau
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infeciosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Medicação de uso	
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva			

GRAVIDADE COMPROVADA	[] Ileso	[] Pequena	[] Média	[] Severa	[] Óbito

01/06/2019

Assinatura do Comando Médico (Unidade de Destino)

Matheus Freire
CRM-SP 10.132

SAMU 192-RV

CONFERE COM

1 - Bombeiro

2 - Guarda Municipal

Assinatura do Paciente:

Descreva os fatos envolvidos fato que levou necessitando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente:

RG:

TESTEMUNHA 01:

RG:

TESTEMUNHA 02:

RG:

GESTANTE

Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° ___	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° ___	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Dipirona	1g	EV					
Tilatil	40mg	EV					

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Pct homossexual foi encontrada deambulando lúcida, orientada, razonável, com avaliação primária sem alteração na secundária apresenta provável ferimento fechado de úmido. Realizado imobilização + analgesia com dipirona 1g + tilatil 40mg EV, pct conforme Rm, pct encaminhado ao GT conforme Rm e entrou que com vida.

Materiais:

1 dipirona ampola
1 tilatil 40mg

03 tala

1 seringa 20ml
1 agulha 28x7

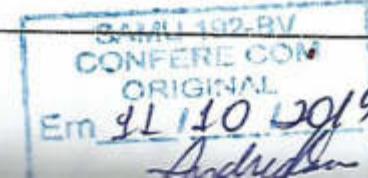
Obs: condutor do carro evadiu-se do local.

1 kit ipo
1 SF 500ml

1 gelos 20

1 catadriás 15cm

11 30cm



01 NOV. 2019

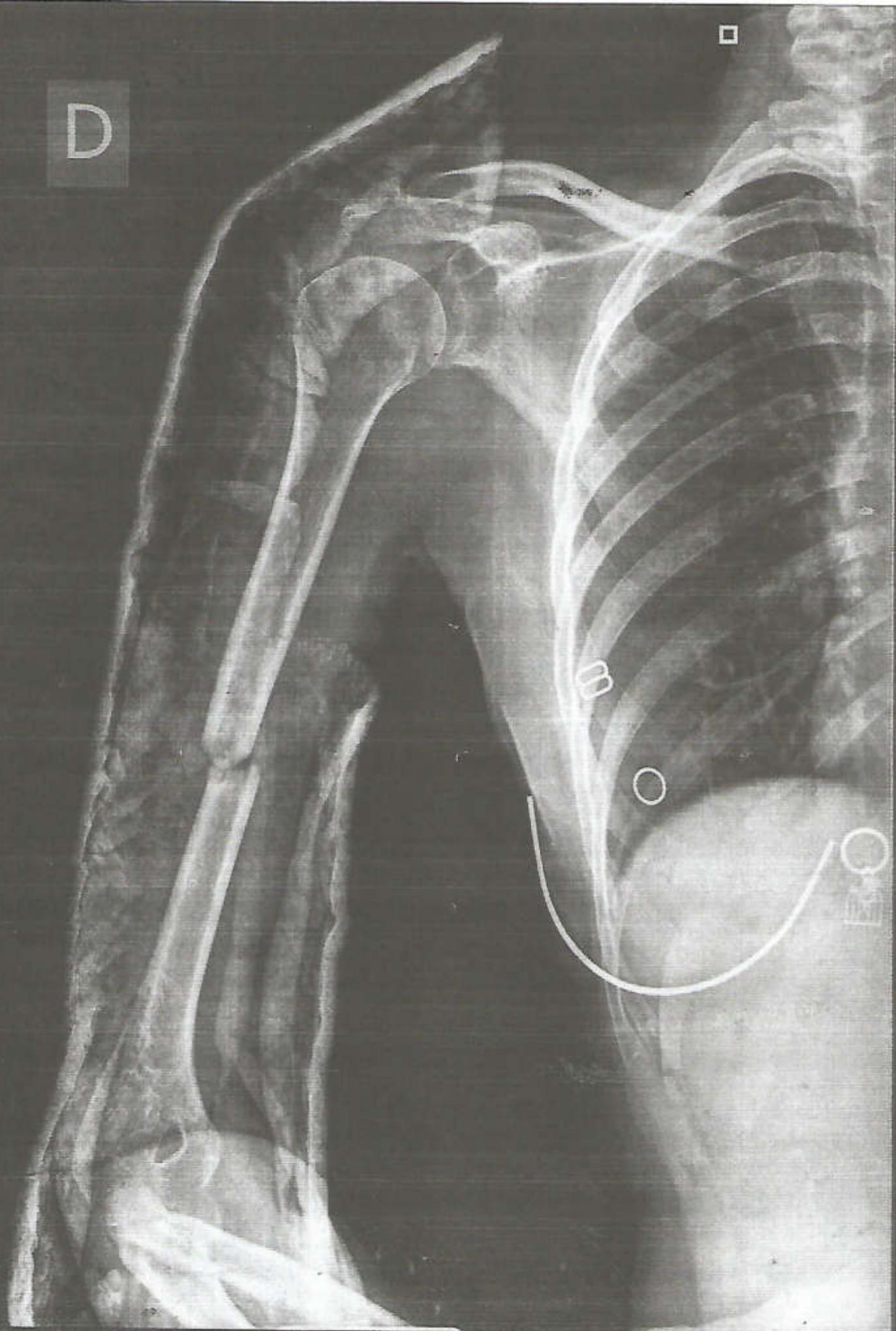
Somires Beardo
Assinatura e carimbo do profissional
894.973-RR

D

8

0

D



ANA NERES SILVA OLIVEIRA

10271

HOSPITAL CORONEL MOTA

06/09/2019

Fabiola Castro

61.7 %

D

ANA NERES SILVA OLIVEIRA

9234

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/08/2019

Fabiola Castro

74.4 %

D

O

ANA NERES SILVA OLIVEIRA

9234

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/03/2019

Fabiola Castro

93.7 %

D



ANA NERIS DA SILVA

12862

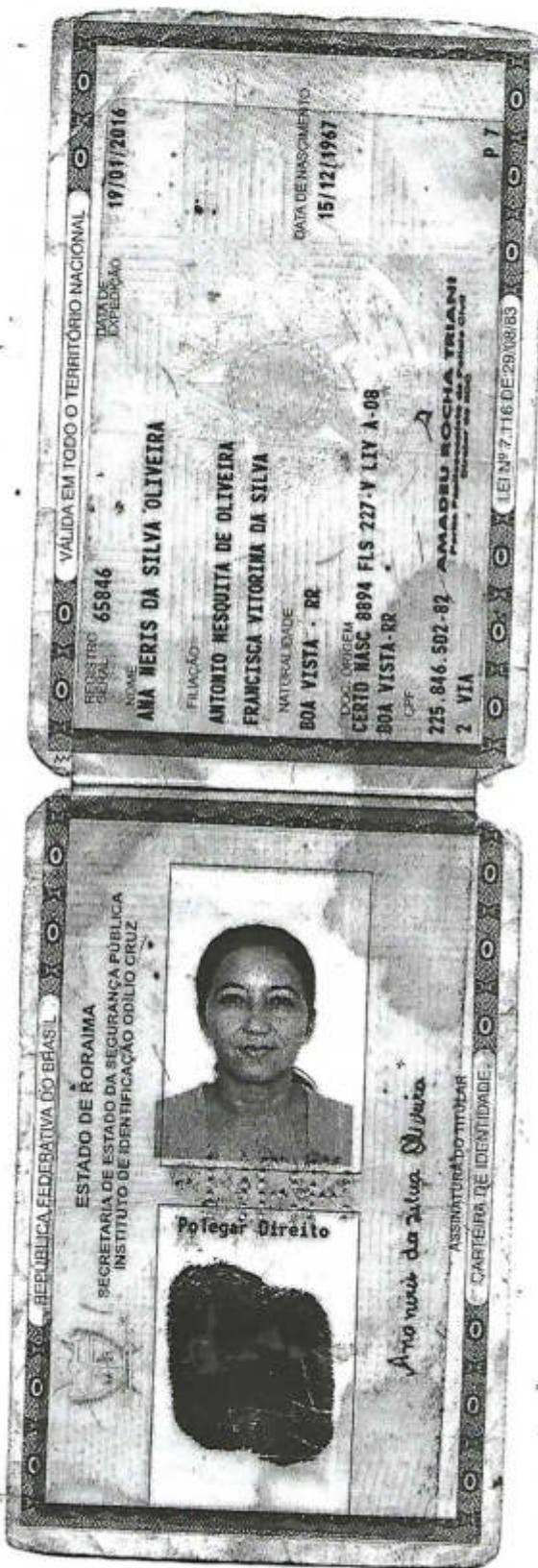
HOSPITAL CORONEL MOTA

01/12/2019

Cloudy with

90.7 x

01 NOV. 2019





01 NOV. 2019

14 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NAME	ILOR INACIO DE SOUZA
	
DOC. IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR	
114807 SSP RR	
CPF	383.051.512-04
DATA NASCIMENTO	
07/04/1978	
FILIAÇÃO	
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
PERMISSÃO	
ACC CAT/PERM. Z.B.	
NR REGISTRO	01101912304
VALIDADE	28/01/2020
1ª HABILITAÇÃO	
15/12/1999	
OBSERVAÇÕES	
	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL	BOA VISTA - RORAIMA
DATA DE EMISSÃO	
30/01/2015	
 ANGELINO FURTOSA PEREIRA DIRETOR PRESIDENTE	
ASSINATURA DO EMISSOR	
 DETRAN RORAIMA	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190617620 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO ÚMERO DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E FOLHAS CIRÚRGICAS, EM CASO DE faltante: CIRURGIA

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVÍABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190617620 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO. P3(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Ana Meris da Silva Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira
PROFISSÃO: Do lar
IDENTIDADE: 65846
ENDERECO: R: Casimiro J. da Silva - 384, Sítio Breite

OUTORGADO

NOME: Glorin Gracil de Souza
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Autônomo
IDENTIDADE: 114807
ENDERECO: Rua: Antônio P. Galvão - 1832, Biritiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuraçāo, 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, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 29/06/2019 cobertura Incêndio, vitima: Ana Neis da Silveira Oliveira.

01 NOV. 2019

Boa vento 19-09-19

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



DANIEL AQUINO
1435145883610337082
Reconheço por VERDADEIRA(s) firma(s)
"ANA NÉRIS DA SILVA OLIVEIRA"

Em testemunho da verdade, DBA,
Do que deu fil. Bos Vista/RN, 19 de setembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalseicom.com.br
RECFIR1562966GOK8VBMU4043A37 /

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383573/19

Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 225.846.502-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2019

Titular do CPF: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA : 225.846.502-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/11/2019
Nome: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 225.846.502-82

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ANNA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383573/19

Número do Sinistro: 3190617620

Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 225.846.502-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2019

Titular do CPF: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/11/2019
Nome: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 225.846.502-82

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

MANOEL COELHO NETO

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

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190617620

Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190617620

Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

Em razão da falta de apresentação do(a) BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E FOLHAS CIRÚRGICAS, EM CASO DE CIRURGIA, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
225.846.502-82 Ana Meris da Silveira Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Ana Meris da Silveira Oliveira 6 - CPF: 225.846.502-82
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: Rua: Casemiro José da Silveira
11 - Bairro: Silveira Freire 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-344
15 - E-mail: sliver@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99154-4282

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 7131

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (váinascos):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

X Ana Meris da Silveira Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01 NOV. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031460/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/09/2019 12:09 Data/Hora Fim: 19/09/2019 12:29
Origem: Polícia Judiciária Data: 19/09/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 29/06/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) - Bairro: Asa Branca
Logradouro: Armando Nogueira
Complemento: Cruzamento

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: Praticar lesão corporal culposa - Aumento de Pena (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 15/12/1967
Profissão: Do Lar Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Viúvo(a)

Nome da Mãe: Francisca Vitorina da Silva Nome do Pai: Antonio Mesquita de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 225.846.502-82
RG - Carteira de Identidade: 65846

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Casemiro José da Silva Nº: 384
Complemento: Casa
Bairro: Dr. Sílvio Leite
Telefone: (95) 99145-9844 (Celular)

01 NOV. 2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Proprietário, Possuidor



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031460/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 025.888.492-45	Placa NUJ-4559
Renavam 00567206165	Número do Motor KC16E8E404931
Número do Chassi 9C2KC1680ER404931	Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município/Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ana Neris da Silva Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

• A comunicante que diz ser habilitada, mas não apresentou, afirmando ainda que a mesma está vencida, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo/pilotando à motocicleta também já devidamente descrita acima e que está em nome de DIOGO SULLIVAN DE OLIVEIRA PEREIRA. Que à motocicleta foi colidida na traseira por um veículo que saiu de uma rua (NÃO SABENDO INFORMAR O NOME), para transitar em seu mesmo sentido. Que o condutor do veículo não permaneceu no local exato, parou o veículo mais a frente e voltou a pé para ver se a comunicante estava viva, não fazendo nada e logo em seguida foi embora. Que a comunicante sofreu lesões corporais e foi resgatada pelo SAMU até o HGR. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Matr 042000908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atenção

19 SET 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Ana Neris da Silva Oliveira
(Vítima / Comunicante / Envolvido)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia; Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

01 NOV. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
225.846.502-82 Ana Meris da Silveira Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Ana Meris da Silveira Oliveira 6 - CPF: 225.846.502-82
7 - Profissão: Declarante 8 - Endereço: Rua: Casemiro José da Silveira
11 - Bairro: Silveira Freire 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.334-344
15 - E-mail: oliveirac@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99154-4282
9 - Número: 384 10 - Complemento:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 7131

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (valéscor): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -
Impróprio
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 19/09/2019

X Ana Meris da Silveira Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

01 NOV. 2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 00000007131-0

Nr. da Autenticação BE0634FB204FE989