

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013254B62359

COB. RENOV. ANEXO EXERCÍCIO

PLACA ANT. / NO. DE EXP. ANT. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

PLACA / NO. DE EXP. / DATA

RR Nº 013254B62359 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
0AC DPVAT 0600 022 1204

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

Exercício 2013 01/01/2013

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Celso João Bezerra, 434 - Rio Vista - RJ

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190271305 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES
FERIMENTO EM LÁBIOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Thiago Ferreira da Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: motorista RG: 266614
CPF: 961.525.622-20 ENDEREÇO: R. Nelson Mendes
BAIRRO: Aeroporto CIDADE: Bom Vista
CEP: 69.310-060

VÍTIMA: _____
CPF: _____ DATA DO SINISTRO: 01/01/19
NATUREZA: Invalidez

OUTORGADA :

NOME: Tâmia Helena Fracalossi de Melo
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: Autônoma
Nº DO RG: 488049 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RO
DATA DE EMISSÃO: 09/07/92
Nº CPF: 421.026.772-59
ENDEREÇO: R. Antônio Augusto Martins, nº 317

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENITE SEGURADORA S/A
R. Celso de Mello, 110 - Bom Vista - RO

Bom Vista, 08 de Dezembro de 2019



Thiago Ferreira da Silva
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124135/19

Número do Sinistro: 3190271305

Vítima: THIAGO FERREIRA DA SILVA

CPF: 961.525.672-20

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THIAGO FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 11/06/2019
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

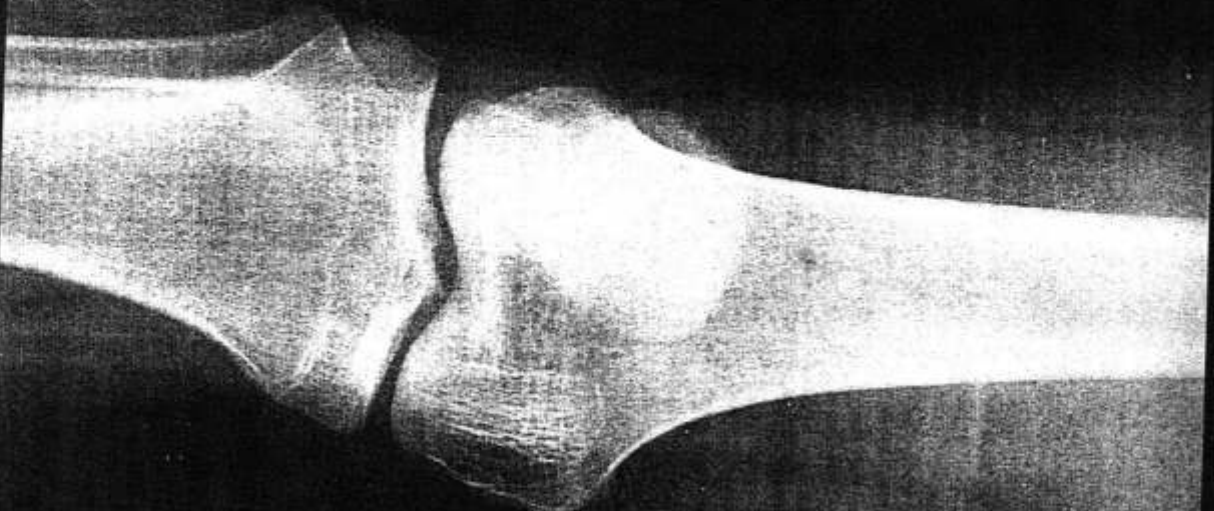
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME TANIA HELENA FRACALOSSE DE MELO	
	DOC. IDENTIFIC. / RG / INSC. ESTAD. 488049 SSP RO
	CPF 421.026.772-49
	DATA NASCIMENTO 19/01/1972
	PLACAO JUNILSON FRACALOSSE
MATERIA MARIA ANNA FRACALOSSE	
PERMISSÃO VEICULOS	ROC AB
CAT. 1998 AB	
Nº REGISTRO 02798991920	VALIDADE 04/12/2023
	Nº HABILITAÇÃO 17/02/1993
OBSERVAÇÕES	
	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL NOVA VISTA, RR	DATA DE EMISSÃO 06/12/2018
ANTONIO FRANCISCO BENEZINA MARQUES DIRETOR PRESENTE	
ASSINATURA DO EMISSOR	
RORAIMA	

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		 RR
NOME THIAGO FERREIRA DA SILVA		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 266614 SSP RR	
	CNPJ 961.525.672-20	DATA NASCIMENTO 04/05/1993
	RELAÇÃO JONAS GOMES DA SILVA MARIA DE FATIMA FERREIRA	
	PERMISSÃO CONDUTOR	ACC AD
IP REGISTRO 05270125722		VALIDADE 05/05/2020
		PRABILITAÇÃO 08/08/2011
OBSERVAÇÕES EAR		
Assinatura do Titular Thiago Ferreira da Silva ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL BOA VISTA, RR		DATA DE EMISSÃO 18/09/2018
Assinatura do Emissor ANTONIO FRANCISCO RESERNA MARQUES DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR ASSINATURA DO EMISSOR		59015451575 RR209847174
RORAIMA		

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1654359282

PROIBIDO PLASTIFICAR
1654359282

D



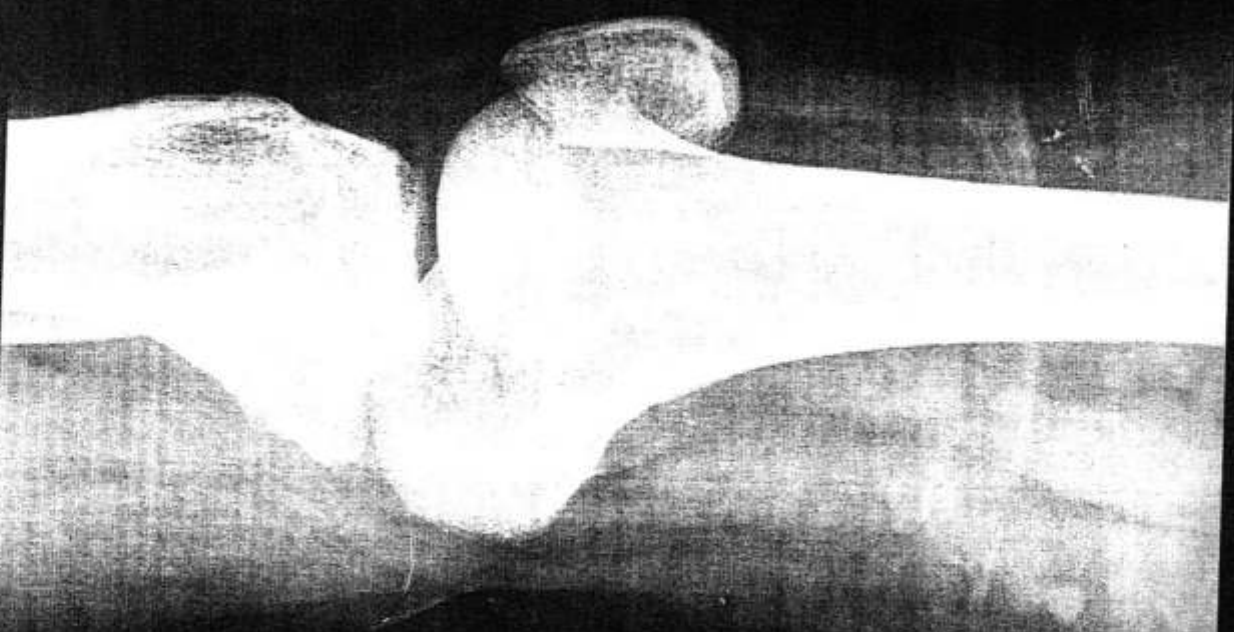
M

1/1/2019 17:32:32

52.4 %

, THIAGO FERREIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



1/1/2019 17:32:32

52.5 %

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)
Capitais 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tânia Helena Fracalossi de Melo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 521.026.772 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Thiago Ferreira de Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 961.525.672 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Thiago Ferreira de Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 961.525.672 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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>R: Antônio Augusto Martins</u>		Número: <u>347</u>	Complemento:
Bairro: <u>São Francisco</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.305-270</u>
E-mail: <u>parana_meda@hotmail.com</u>		Tel.(DDD): <u>95) 99139-8405</u>	

Local e Data: Boa Vista, 03/02/2020

Tânia Helena Fracalossi de Melo

Assinatura do Declarante



Nº da Conta: 0367721053
Mês de referência: 09/2019
Período: 06/08/2019 a 05/09/2019
Data de emissão: 08/09/2019

TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
LE.: 240108035
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0016-49

Vencimento
21/09/2019



Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU C.O.

0067105

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 002137796

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	10/02/2019	258	231,74

IRACY BARROS SILVA
R. DETSON MENDES 748 AEROPORTO
CPF: 00012471453368
CEP: 69.310-060 - BOA VISTA

ROT: 26.001.14.08.072550

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	25090		Atual: 11/01/2019
Anterior:	24832		Anterior: 11/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 11/02/2019
Consumo Medido:	258		Emissão: 10/01/2019
Consumo Faturado:	258	FCAM	Apresentação: 11/01/2019

NORMA	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
-------	---------------------	---------------------

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	E2836984	N 1509487	1.1.1.2	136

HISTÓRICO kWh	Descrição da Conta
Mês/ano consumo	
DEZ/18 249	CONSUMO 258 A R\$ 0,796948 = 205,61
NOV/18 465	ILUMINACAO PUBLICA 26,13
OUT/18 370	
SET/18 119	
AGO/18 147	
JUL/18 176	
JUN/18 147	
MAI/18 98	
ABR/18 161	
MAR/18 148	
TARIFA COM TRIBUTOS:	
04 258 = 0,004020	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

BEM-VINDO A RORAIMA-ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA
CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA
RORAIMA-ENERGIA.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 E 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 10/01/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 50,69	Base de Cálculo: 205,61
Energia: 107,47	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 34,95
Encargos: 5,58	Valor do PIS: 1,23
Tributos: 5,58	Valor do COFINS: 1,23

INDICADORES DE CONTINUIDADE
8,35 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
1,10 6,00 0,32

FLORESTA
ROT: 26.001.14.08.072550

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	11/2018	TOTAL A PAGAR - R\$
0067105-3		231,74
MÊS FATURADO	VENCIMENTO	
01/2019	10/02/2019	

Nº da Nota Fiscal: 002137796 FCAM

83640000002 9 31740075000 4 000000000067 9 10530119008 5



SEQ.: 00077 UC: 0067105-3 DT. LEIT.: 11/01/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 25090 NORMAL TOTAL: 231,74 CARGA: 013

KELLY APARECIDA FERREIRA PACHECO DE SOUSA

De: KELLY APARECIDA FERREIRA PACHECO DE SOUSA
Enviado em: quinta-feira, 14 de maio de 2020 14:53
Para: 'dpvat.sp@genteseguradora.com.br'; 'diogo.azevedo@genteseguradora.com.br'
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA
Anexos: GENTE.xlsx

Prezados,

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Atenciosamente,

Kelly Sousa

Gerência de Sinistros- Coordenação Técnica

Kelly.Sousa@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4042



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DANOS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do seguro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 961.525.672-20 4 - Nome completo da vítima: Thiago Ferreira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (TITULAR/INTERESSADO/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 195/2012

5 - Nome completo: Thiago Ferreira da Silva 6 - CPF: 961.525.672-20
 7 - Profissão: motorista 8 - Endereço: R: Nelson Mendes 9 - Número: 748 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: San Vito 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.310-060
 15 - E-mail: _____ 16 - Telefone: (95) 9996-2810

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:
☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.500,01 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DE CONTA: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDIENÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDIENÇÃO ☐ PAI, TUTOR OU CURADOR

☒ CONTA POUPIANÇA (Somente para os beneficiários. Anote a instituição):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 3023 CONTA: 56865 9
 (inscrever o dígito se existir) (inscrever o dígito se existir) (inscrever o dígito se existir) (inscrever o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso no 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 - DE CLARIFICAÇÃO 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 do reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.294/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na análise médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às expensas da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.294/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

23 - DE CLARIFICAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Nome da vítima: Thiago Ferreira da Silva
 25 - Grau de parentesco com a vítima: ☐ Solteiro ☐ Reservado ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
 29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ Sim ☐ Não
 30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)? ☐ Sim ☐ Não
 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não
 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ Sim ☐ Não
 33 - Vítima deixou polígamo ou não? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso da vítima, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que quaisquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação da restituição do recebimento, além da responsabilidade criminal por infração do art. 179 do Código Penal.

34 - Nome completo do quem assina o pedido (a rgo): _____
 35 - Nome legível do quem assina o pedido (a rgo): _____
 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo): _____
 37 - Assinatura do quem assina o pedido (a rgo): _____
 38 - Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____
 39 - Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e data: San Vito, 03/02/2020
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Thiago Ferreira da Silva
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): Renato H. F. de Melo

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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: 961.525.672-20 4 - Nome completo da vítima: Thiago Ferreira da Silva

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

5 - Nome completo: Thiago Ferreira da Silva 6 - CPF: 961.525.672-20
7 - Profissão: motorista 8 - Endereço: R: Nelson Mendes
9 - Número: 748 10 - Complemento:
11 - Bairro: Aeroporto 12 - Cidade: São Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.310-060
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (95) 99176-2810

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:

☒ RECUSO 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: 3023 CONTA: 56865 9
(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) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Vista, 03/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

577344

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007840/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/03/2019 14:50

Data/Hora Fim: 25/03/2019 14:59

Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 01/01/2019 12:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Via Pública

Bairro: Cidade Satélite

Ponto de Referência: próximo a ponte

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: THIAGO FERREIRA DA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 04/05/1993

Profissão: Motorista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria de Fatima Ferreira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua detson mendes

Bairro: Aeroporto

Telefone: (95) 99176-2810 (Celular)

Nº: 748

Nome Civil: KATIA CILENE DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 10/12/1981

Profissão: Auxiliar de Serviços

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Detson Mendes

Bairro: Aeroporto

Telefone: (95) 99172-4015 (Celular)

Nº: 748

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado,

Compareceu nesta unidade de polícia o comunicante já qualificado acima pra informar: que trafegava em sua motocicleta quando um cachorro cruzou a frente da mesma vindo a cusar o acidente. É o que tem a relatar.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007840/2019

ASSINATURAS

Francisco Lemos Nobre Filho
Responsável pelo Atendimento

Thiago Ferreira da Silva
(Comunicante)

MAT. 042000 117
"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí
origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190271305

Vítima: THIAGO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THIAGO FERREIRA DA SILVA

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, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190271305

Vítima: THIAGO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THIAGO FERREIRA DA SILVA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190271305 **Vítima: THIAGO FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 01/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), THIAGO FERREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 961.525.672-20 Nome completo da vítima: Thiago Ferreira da Silva

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

Nome completo: Thiago Ferreira da Silva CPF: 961.525.672-20

Profissão: motorista Endereço: R: Nelson Mendes Número: 748 Complemento: _____

Bairro: Cenopólis Cidade: Bom Vista Estado: Roraima CEP: 69.310-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (95) 9176-2810

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 56865 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

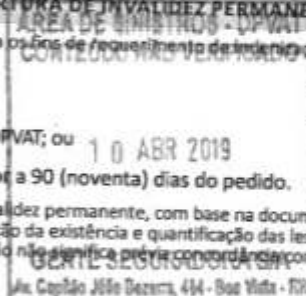
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atenda 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 Líder 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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Bom Vista, 25/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Thiago Ferreira da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Amia Helena F. de Melo
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 961.525.672-20 Nome completo da vítima: Thiago Ferreira da Silva

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

Nome completo: Thiago Ferreira da Silva CPF: 961.525.672-20

Profissão: motorista Endereço: R: Nelson Mendes Número: 748 Complemento: _____

Bairro: Cesoponte Cidade: Boca Vista Estado: Roraima CEP: 69.310-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (95) 9176-2810

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 56865 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

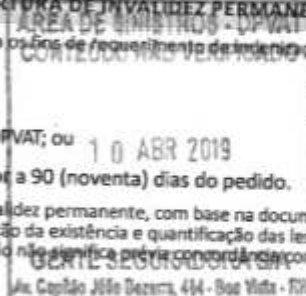
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda 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 Líder 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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Boca Vista, 25/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Thiago Ferreira da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Amia Helena F. de Melo
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007840/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/03/2019 14:50 Data/Hora Fim: 25/03/2019 14:59
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 01/01/2019 12:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Via Pública

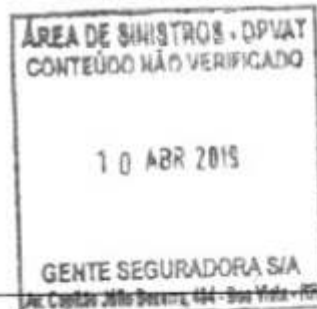
Bairro: Cidade Satélite

Ponto de Referência: próximo a ponte
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: THIAGO FERREIRA DA SILVA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Sexo: Masculino	Nasc: 04/05/1993
Profissão: Motorista			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria de Fatima Ferreira			
Endereço			
Município: Boa Vista - RR			
Logradouro: Rua detson mendes	Nº: 748		
Bairro: Aeroporto			
Telefone: (95) 99176-2810 (Celular)			
Nome Civil: KATIA CILENE DA SILVA (ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Sexo: Feminino	Nasc: 10/12/1981
Profissão: Auxiliar de Serviços			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Endereço			
Município: Boa Vista - RR			
Logradouro: Rua Detson Mendes	Nº: 748		
Bairro: Aeroporto			
Telefone: (95) 99172-4015 (Celular)			



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado,

Compareceu nesta unidade de polícia o comunicante já qualificado acima pra informar que trafegava em sua motocicleta quando um cachorro cruzou a frente da mesma vindo a causar o acidente. É o que tem a relatar.



Delegado de Polícia Civil: Emerson Luiz Freire
Impresso por: Francisco Lemos Nobre Filho
Data de Impressão: 25/03/2019 15:00
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007840/2019

ASSINATURAS

Francisco Lemos Nobre Filho
Responsável pelo Atendimento

Thiago Ferreira da Silva
(Comunicante)

MAT. 042000 117

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e perante que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 345-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007840/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/05/2019 08:52

Data/Hora Fim: 21/05/2019 08:53

Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 01/01/2019 12:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Parimé Brasil

Bairro: Caraná

Ponto de Referência: Próximo à ponte

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: THIAGO FERREIRA DA SILVA (COMUNICANTE, VÍTIMA, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 04/05/1993

Profissão: Motorista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria de Fatima Ferreira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua detson mendes

Bairro: Aeroporto

Telefone: (95) 99176-2810 (Celular)

Nº: 748

AGÊNCIA DE SEGUROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

Nome Civil: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO (PROCURADOR, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PR - Ibiporã

Sexo: Feminino

Nasc: 15/01/1972

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Anna Fracalossi

Nome do Pai: Junelson Fracalossi

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 421.026.772-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Antonio Augusto Martins

Complemento: Casa

Bairro: São Francisco

Telefone: (95) 99139-8405 (Celular)

Nº: 347

Nome Civil: KATIA CILENE DA SILVA (ENVOLVIDO, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 10/12/1981

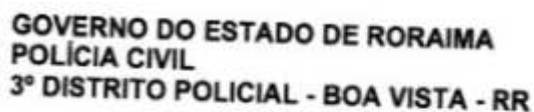
Profissão: Auxiliar de Serviços



Delegado de Polícia Civil: Emerson Luiz Freire
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 21/05/2019 08:53
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Batista, 414 - Boa Vista - RS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007840/2019-A02

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereco

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Detson Mendes
Bairro: Aeroporto
Telefone: (95) 99172-4015 (Celular)

Nº: 748

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
CPF/CNPJ do Proprietário 003.631.832-99
Renavam 01021095599
Número do Chassi 9C2JC4160ER031910
Cor VERMELHA
Município Veículo Boa Vista
Modelo HONDA/CG 125 FAN ESD
Quantidade 1 Unidade
Última Atualização Denatran 29/10/2014

Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAX8208
Número do Motor JC41E6E031910
Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
UF Veículo Roraima
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ESD
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Thiago Ferreira da Silva

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado,

Compareceu nesta unidade de policia o comunicante já qualificado acima pra informar: que trafegava em sua motocicleta quando um cachorro cruzou a frente da mesma vindo a causar o acidente. É o que tem a relatar.

A COMUNICANTE/PROCURADORA (CÓPIA ANEXA), COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, O SEGUINTE: QUE TANTO O OUTORGANTE THIAGO, BEM COMO SUA COMPANHEIRA KATIA SOFRERAM LESÕES CORPORAIS; QUE À MOTOCICLETA QUE O MESMO CONDUZIA (DESCRITA ACIMA), ESTÁ EM NOME DE ALINE NAYARA FERREIRA BATISTA. É o aditamento.

ASSINATURAS

Jefferson Hodge Army:

Agents de Police Civils

Mat 02000908

94 MAY 2019

Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Tania Helena Fracalossi de Melo
(Comunicante / Procurador)

DECLARO para os devidos fins de direito que sou (a) (auto) (a) responsável civil e criminalmente pelo(s) fato(s) acima relatado(s) e deixo que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei
 origem, conforme previsto nos Artigos 339-Comunicação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 961.525.672-20 Nome completo da vítima: Thiago Ferreira da Silva

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

Nome completo: Thiago Ferreira da Silva CPF: 961.525.672-20

Profissão: motorista Endereço: R: Nelson Mendes Número: 748 Complemento: _____

Bairro: Cenopólis Cidade: Bom Vista Estado: Roraima CEP: 69.310-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (95) 9176-2810

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 56865 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

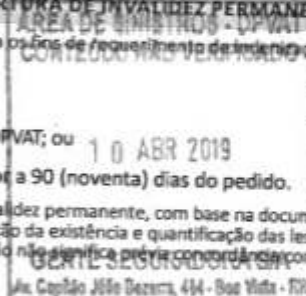
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atenda 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 Líder 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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Bom Vista, 25/03/19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Thiago Ferreira da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Amia Helena F. de Melo
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

0005

EQUIPE SAMU-B

BRAVO III

EQUIPE:

Fabrana / João / Abia



Paciente: Thiago Figueira da Silva Idade: 25 Sexo: M
 Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []
 Endereço: 9V Parame Brasil Bairro: Caraná

Nº 040DATA 01/01/2019HORA J/S: 12:26BASE () VIA X () RADIO

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

Dr FabianaHORA J/10: 12:34

CELULAR

MOTIV: X SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO 12:52 13:00INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora X / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()

AUTOMÓVEL

- ☒ Capotamento
☒ Atropelamento
☒ Colisão AUTO X
☒ Motorista
☒ Passageiro Banco dianteiro
☒ Passageiro Banco traseiro

PEDESTRE

- ☐ Atropelamento
☐ VIA ☐ CALÇADA

AUTOMÓVEL

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

MOTOCICLETA / BICICLETA

- ☐ Colisão MOTO X
☒ Queda de moto ☒ Com capacete
☐ Atropelamento ☐ Sem capacete
☐ Queda de Bicicleta
☒ Piloto ☐ Garupa

VIOLÊNCIA

- ☐ FAF
☐ FAF
☐ Espancamento
☐ Violência Doméstica
☐ Violência Sexual
☐ Tentativa de suicídio
☐ Outro:

OUTROS

- ☐ Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto
☐ Queda, Altura aprox.:
☐ Acidente Doméstico
☐ Queimadura Agente
☐ Afogamento
☐ Agressão p/ animal
☐ Outros:

VIAS AÉREAS

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

VENTILAÇÃO

- ☐ Apnéia
☐ Dispnéia
☐ Bradpneia
☐ Taquipnéia
☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Respiração paradoxal

CIRCULAÇÃO

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

AVAL NEUROLÓGICA

- ☒ AVDN
☐ Miose
☐ Midriase
☐ Anisocoria [] D [] E
☒ Aparentemente Alcoolizado
☐ DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início	<u>12:38 110 x 60</u>	<u>100</u>	<u>20</u>	<u>97%</u>				
Fim	<u>13:00</u>	<u>100%</u>	<u>20</u>	<u>98%</u>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tabua <input type="checkbox"/> Dorsose <input type="checkbox"/> Evisceração
Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	GENTE SEGURADORA	
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	10 ABR 2019 QUEIMADURAS	
AVALIAÇÃO CARDIACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA DE DOENÇA	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilador		<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicção de uso	
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia		<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Outra		<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> SEVERA		<input type="checkbox"/> LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA			

Dr. Lucas Elias Franco

CRM-RR 2040

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

- ☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINALOBSERVAÇÕES: 22/02/19

Stephanie

- ☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trote
☐ Bombeiro no local:

- ☐ Iniciada as: [] Término as:
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.:

- ☐ Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Mota

- ☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS
☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA
☐ HMINSN

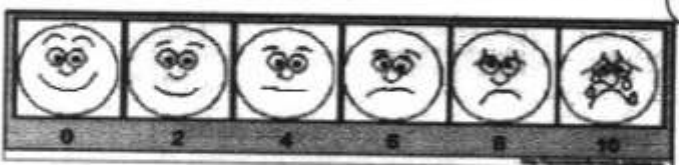
- ☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
☐ Outros

Descrição:
 Nome do Receptor: _____
 Função do Receptor: _____
 Assinatura do Receptor: _____
 Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
 Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
 TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
 TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE
 IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____
 Perda de líquido: _____ BCF: _____
 [] Com cartão [] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO
 6 luvas P
 6 luvas G

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientado	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	5
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo de cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não Testável	NT



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 10 ABR 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RJ

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

masculino 25 anos, piloto vintena de queda de moto, encontrado em DD, com consciência, aparentemente alelojado, responsivo a presença. abrasão em mmSSII, não em sinais de fratura, apresenta também corte região labial, realizado protocolo de Trauma SSVU monitoradas conduzido ao GT conforme Reg. médica, traeto S/A

SAMU 192-03
 CONTATO COM
 EM 22.02.19
 Stephanie

Paulo
 874 963
 eopm RR

Assinatura e carimbo do profissional

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 444 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta da Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal 002137796

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	10/02/2019	258	231,74

IRACY BARROS SILVA
R. DETSON MENDES 748 AEROPORTO
CPF: 00012471453368
CEP: 69.310-060 - BOA VISTA

ROT: 26.001.14.08.072550

DADOS DA LEITURA		KWh	KVAch	DATAS DA LEITURA	
Atual:	25090			Atual:	11/01/2019
Anterior:	24832			Anterior:	11/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	11/02/2019
Consumo Medido:	258			Emissão:	10/01/2019
Consumo Estimado:	258		FCAH	Aprovação:	11/01/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Categoria/Subcategoria	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Mede 12 meses
RESIDENCIAL	B1	E-336984	15-09487	1.1.1.2	196

HISTÓRICO KWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês anterior consumo	
DEZ/18 249	CONSUMO 258 A R\$ 0,796948 = 205,61
NOV/18 465	ILUMINACAO PUBLICA 26,13
OUT/18 370	
SET/18 119	
AGO/18 147	
JUL/18 176	
JUN/18 147	
MAI/18 96	
ABR/18 161	
MAR/18 148	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ASR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Capitão João Garcez, 444 - Boa Vista - RR

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

SEJA VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA
CADA DIA MELHOR. ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA
RORAIMA ENERGIA.
LIGUE 0800719170 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1, 6, 11, 16, 21, 26
Próximo: Até o dia 10/01/2019, não creditamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	50,69	Base de Cálculo:	205,61
Energia:	107,47	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	34,95
Encargos:	5,58	Valor do PIS:	1,23
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
1,10			6,00			0,32	

FLORESTA

ROT: 26.001.14.08.072550

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 444 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0067105-3

MES FATURADO

01/2019

Nº da Nota Fiscal

002137796

FCAH

11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

231,74

VENCIMENTO

10/02/2019

33640000002 9 31740075000 4 000000000067 9 10530119003 5



vivo

Nº da Conta: 6367721053
Mês de referência: 03/2019
Período: 06/02/2019 a 05/03/2019
Data de emissão: 07/03/2019

TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0016-49

Vencimento
21/03/2019



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)

Capitais 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 Tania Helena Fracalossi de Melo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Thiago Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 961.525.672 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Thiago Ferreira da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 961.525.672 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusa Renda: Recusa 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>R. Antônio Augusto Martins</u>	Número: <u>347</u>	Complemento:
Bairro: <u>São Francisco</u>	Cidade: <u>Bea Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>parana_medeira@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.305-270</u>	Tel. (DDD): <u>95) 99139-8405</u>

Local e Data: Bea Vista, 26/03/19

Tania Helena Fracalossi de Melo

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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)

Capitais 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

Eu, Aline Nayara Ferreira Batista
RG nº 266.656, data de expedição 17/09/15
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 003.631.832-99
com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Trunçaré, nº 40
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Thiago Ferreira da Silva, cujo o condutor era
Thiago Ferreira da Silva.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG125 Fan Fan Ano: 2014/2014
Placa: NAX-8208 Chassi: 9C2JC4160E R035910
Data do Acidente: 01/01/2019

Local e Data: Boa Vista - RR 11/02/2019



Aline N.F. Batista

Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Gesteira, 484 - Boa Vista - RR

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

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Anália Fátima, 947 - 4.º Andar - Boa Vista/RR
Fone: (067) 9357-3155
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

Reconheço por VERDADEIRA (x) firma(s)
de ALINE NAYARA FERREIRA BATISTA. 84.819

Em testemunho da verdade, OBA
De que dou fé, Boa Vista/RR, 12 de fevereiro de 2019.
Consulte o(s) prazo(s) abaixo em www.cartorios.com.br
REC/RR166296VUKZHC1900947386

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos: R\$ 8,55 Total: R\$ 11,00

Assinatura Autorizada



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

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901053740 01/01/2019 14:48:21 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 29

Paciente: THIAGO FERREIRA Data Nascimento: 04/05/1993 Idade: 25 A 7 M 28 D CNS: CPF: Prontuário:
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: Naturalidade: Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: MARIA DE FATIMA FERREIRA Pai: NI Contato: (95) 99128-2819
Endereço: RUA - JANDIRA LAGO - 905 - BURITIS - BOA VISTA - RR Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: DAL

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
Acidente de moto

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Paciente vítima de acidente de moto, com lesões cervicais

Exame Físico: BGG, LOTE, A.A.A.: modo, hidratado, e.p.m. w.
10 ABR 2019

Hipótese Diagnóstica: TCE leve + encefalopatia
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

SADT - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

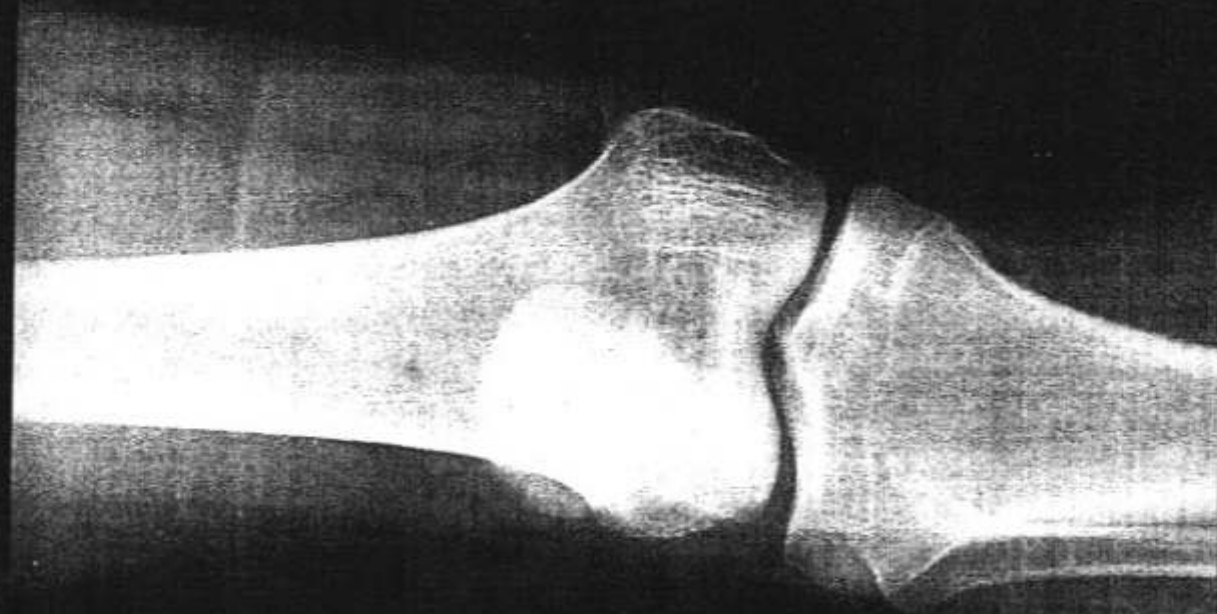
PRESCRIÇÃO: APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO:
O Dapnoso 10 (2) 10.50
Tijolo 20mg (2)
Nota: Nota de 10.50
Tic Encefalopatia
Cobertura 10.50

Conduta: ☒ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

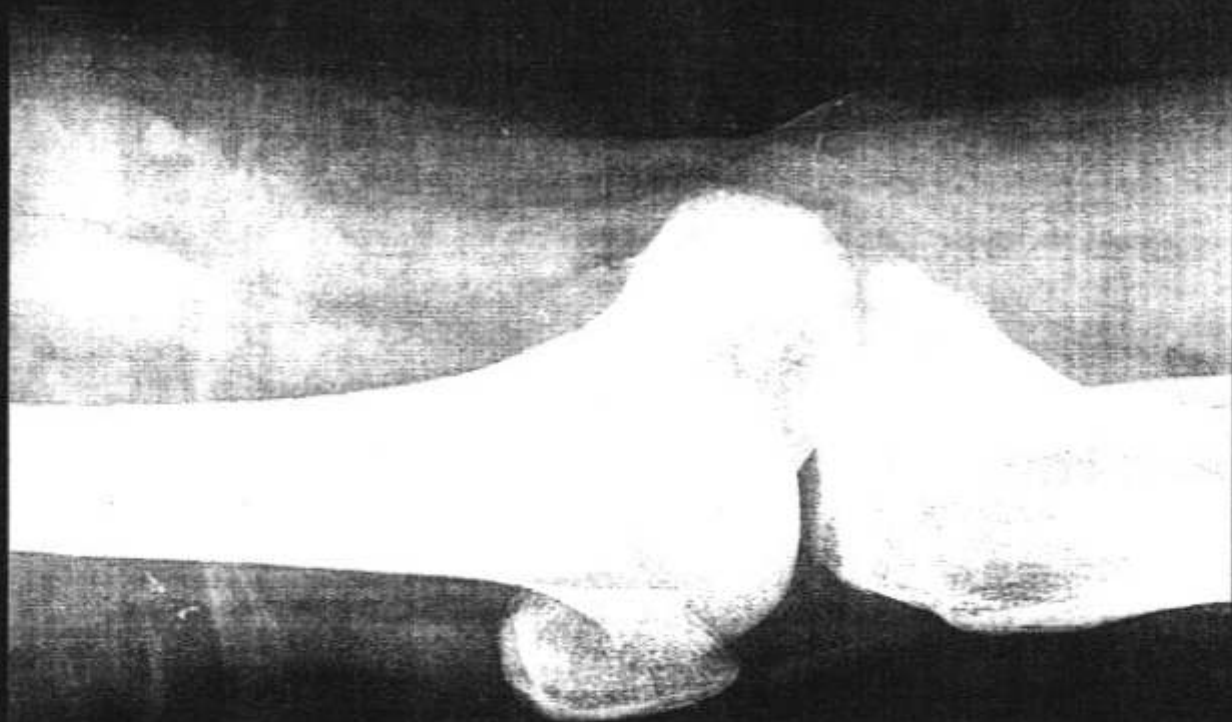


1/1/2019 17:32:32

52,5 %

THIAGO FERREIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



1/1/2019 17:32:32

52,4 %

M

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: THIAGO FERREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE (CPF/CPF) 256614 857 RR

CPF 961.525.572-20 DATA NASCIMENTO 04/09/1993

MAIÓSCULAS JONAS GOMES DA SILVA
NOME DE FANTASIA MARIA DE FÁTIMA FERREIRA

SEXO M CASADO

IP REGISTRO 05270125722 VALÊNCIA 05/05/2020 HABILITAÇÃO 08/08/2011

ORIGINAÇÃO BAH

Assinatura: Thiago Ferreira da Silva

LOCAL BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO 18/09/2018

ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA MENEZES
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR

59015451575
RR209847174

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1654359282

PROIBIDO PLASTIFICAR 1654359282

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Canilão, 1000 - Boa Vista, RR - Boa Vista - RR

Jânia Helena
95) 99,39-8405

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: TANIA SELENA FRACALOSSI DE MELO

DOC. IDENTIFIC. (RG, PASSAPORTE): 489049-992-RO

CPF: 421.026.772-49 DATA NASCIMENTO: 15/01/1972

PERM. JURELSON FRACALOSSI.

MARIA ANNA FRACALOSSI

IDENTIFIC. PLAC. CATEG. AB

Nº REGISTRO: 027989991920 VALIDEZ: 04/12/2023 PRABILITAÇÃO: 17/02/1993

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR: Tania Selena S. de Melo

LOCAL: BOA VISTA, RR DATA DE EMISSÃO: 06/12/2018

ASSINATURA DO EMISSOR: ANTONIO FRANCISCO BÉRRIMA MARQUES
 DIRETOR PRESIDENTE
 48826851446
 RR209948647

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1747870879

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1747870879

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTÉ SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Dantas, 434 - Boa Vista - RR