

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTÉRIO DAS CIDADES
DETTRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E FUNCIONAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013254862359
ANEXO
COM PROVA DE
EXIBICAO
RR Nº 013254862359 BILHETE DE SEGURO DPVAT
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SIGURO DPVAT
DATA EMISSÃO: 01/04/2019
PLACA: RR-3254862359
EXIBICAO
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORA LIDER.COM.BR
800-022-1204

ANEXO 5	DATA	PLACA
PERGAMINHO	DATA	PLACA

DATA: 01/04/2019
PERGAMINHO: 01/04/2019
PLACA: RR-3254862359
EXIBICAO

ANEXO 6	DATA	PLACA
PERGAMINHO	DATA	PLACA

ANEXO 7	DATA	PLACA
PERGAMINHO	DATA	PLACA

DATA: 01/04/2019	PERGAMINHO: 01/04/2019
PLACA: RR-3254862359	EXIBICAO

PRÉMIO TARIFÁRIO

ANEXO 8	DATA	PLACA
PERGAMINHO	DATA	PLACA

ANEXO 9	DATA	PLACA
PERGAMINHO	DATA	PLACA

ANEXO 10	DATA	PLACA
PERGAMINHO	DATA	PLACA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Getúlio Vargas, 48 - Rio Branco - RJ
SEGURO DA LIDER - DPVAT
800-022-1204
DETTRAN - RR
CONFIRMAÇÃO DE TRÂNSITO

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 EVIDENÇIA 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 %

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Thiago Ferreira da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: Motorista RG: 2666614
CPF: 901.525.622-20 ENDEREÇO: R. Nelson Mendes
BAIRRO: Guarapari CIDADE: Boa Vista
CEP 69.310-060

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

OUTORGADA :

NOME: Tânia 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: 421.026.472-49
ENDEREÇO: R. Antônio Augusto Martins, nº 317

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por ladrão, 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.

GENESEG SEGURODORA S/A
Av. Cipriano João Becker, 400 - Boa Vista - RO

Boa Vista, 08 de Fevereiro 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/01/2019

Titular do CPF: THIAGO FERREIRA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





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

1901053740 01/01/2019 14:48:21

		1 ^ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação		
		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		
Paciente	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA					DIURNO 07-19 29	
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)PARD	Naturalidade	
IDENTIDADE	266614					Nacionalidade BRASILEIRA	
Mãe	MARIA DE FATIMA FERREIRA			Pai	Contato (95) 99128-2819	Ocupação NÃO INFORMADA	
Endereço	RUA - JANDIRA LAGO - 905 - BURITIS - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO							
Setor							
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.			Registrado por:		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					DAL	
Acidente de moto							
Anamnese de Enfermagem						GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Paciente vítima de acidente de moto, com colo curvado					TOTAL	
Exame Físico	B66.40 TE, AAA: erodido, hidratado, e preto,						
Hipótese Diagnóstica	TCG rese + entorpecentes						
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-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	① Diprostone 100 ② Tyfotil 250					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Conduta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:					<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :	
Óbito							
Antes do 1 ^º Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família () IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico	

52,4 %

M

□

D

1/1/2019 17:32:32

52,5 %

1/1/2019 17:32:32

· THIAGO FERREIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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/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, APPLICATE 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 SIlve Inscrito (a) no CPF sob o Nº 901.525.672-20

do sinistro de DPVAT cobertura Finaliz da Vítima Thiago Ferreira de SIlve

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 901.525.672-20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Receuse Renda: Receuse 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>R. Antônio Augusto martins</u>	Número:	<u>347</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Joé Francisco</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:
E-mail:	<u>parana_meda@hotmail.com</u>		<u>RR</u>	CEP: <u>69.305-270</u> Tel.(DDD): <u>(65) 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 FRACALOSSI 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
Telefonica 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

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série II-1
Regime especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0067105

Nº da Nota Fiscal 002137796

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 28 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	kVAh	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:	253	FCAM	Apresentação: 11/01/2019

Normal Montante Padrão Prazo de Conta

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	E2836984	N-1509487	1.1.1	196

HISTÓRICO kWh	DESCRICAÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
CONSUMO 258 A R\$ 0,796948 = 205,61	
DEZ/18 249	ILUMINACAO PUBLICA 26,13
NOV/18 465	
OUT/18 370	
SET/18 119	
AGO/18 147	
JUL/18 176	
JUN/18 147	
MAI/18 98	
ABR/18 161	
MAR/18 143	
Tributos:	
14,18 - 0,63420	

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 03007019126 E FAÇA O PAGAMENTO VENCIMENTO 16.11.16.21.26
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	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	34,95
Encargos:	5,58	Valor do PIS:	1,23
Tributos:		Valor do CDFINS:	

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

SEU CÓDIGO	11/2018	122,50
0067105-3		231,74
MÊS FATURADO	VENCIMENTO	
01/2019	10/02/2019	
Nº da Nota Fiscal:		

002137796 FCAM

8364000002 9 31740075000 4 00000000067 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 independem 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 (PESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do documento ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

B61.525.672-20 Thiago Ferreira da Silveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP N° 115/2012

5 - Nome completo:

Thiago Ferreira da Silveira

6 - CPF:

961.525.672-20

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

R. Wilson Mendes

9 - Número:

748

10 - Complemento:

11 - Bairros:

Aeroporto

12 - Bairro:

Em Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

09.310-060

15 - E-mail:

16 - Telefone:

(45) 9997-6250

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

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:

 RFBUSCO INPOIMAR
 SEM RFBUSCO R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.500,01 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos que fazem transferências): Bradesco (237) Itaú (347)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

AGÊNCIA:

5023

CONTA:

56865

AGÊNCIA:

00000

CONTA:

00000

(Inserir o dígito secreto)

(Inserir o dígito secreto)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso no Seguro DPVAT a que eu sou direito, caso necessário e devido, caso já a vencente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - ATO 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 aferição da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.294/74), razão pela qual:

- 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 perícia, por fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 [nove] dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na encaminhada médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML. Concordei, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, no prazo estabelecido, conforme o disposto na Lei 6.294/74.

Declaro que esta autorização não significa privativa ou exclusividade com a futura indicação médica ou autorização de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua constatação.

23 - ATO DE AUSÊNCIA DE BENEFÍCIOS MÉDICOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

VÍTIMA (se viver):

 Sim Não

Assentado CIN:

 Sim Não

Assentado DM:

 Sim Não

VÍTIMA:

 Sim Não

Assentado CIN:

 Sim Não

Assentado DM:

 Sim Não

24 - Grau de parentesco com a vítima:

25 - Vítima deixou cônjugue(a):

 Sim Não

26 - Se a vítima deixou cônjugue(a), informar o nome:

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou cônjugue(a), informar o nome:

 Sim Não

28 - Vítima:

 Sim

29 - Se vítima faleceu, informar:

 Sim Não

Vívo:

 Sim Não

Falecidos:

 Sim Não

30 - Vítima destruiu:

 Sim Não

Vívo:

 Sim Não

Falecidos:

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso da vítima, a indenização do Seguro DPVAT, por morte, se é que os bens que se apresentarem e provarem esta condição, estiverem, ainda, de vida, e que, se qualquer um desses o declarar, não veredicto poderá ser feito e a utilização da veredicto, e só o resultado, atende a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -

35 -

36 -

37 -

38 - Nome (assinatura de quem assina o pedido) (a rogo)

38 - 24 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 24 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio de Janeiro, 03/02/2020

Thiago Ferreira da Silveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Thiago Ferreira da Silveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Thiago Ferreira da Silveira

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:
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
961.525.672-20 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: Wilson mendes	9 - Número: 748	10 - Complemento:
11 - Bairro: aeroporto	12 - Cidade: Boa Vista	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.310-060
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 19519946-2810		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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: 3027

CONTA: 56865

(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 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? Sim Não Vivos: Falecidos: país/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)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, Boa Vista, 03/06/2020

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

Tânia H. L. da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EBR 001 1000000000000000

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: Via Pública

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

EN VOLVIDO(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 Fátima 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 (EN VOLVIDO)

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) EN VOLVIDO(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 cavar o acidente. É o que tem a relatar.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007840/2019

ASSINATURAS


Francisco Lemos Nobre Filho
Responsável pelo Atendimento

MAT. 042000 117

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


Thiago Ferreira da Silva
(Comunicante)

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, 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 FRACALOSSI 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.**

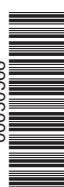
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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, 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 FRACALOSSI 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

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, 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 FRACALOSSI 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:

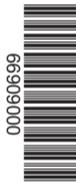
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 N° 445/2012
 Nome completo: Thiago Ferreira da Silva CPF: 961.525.672-20
 Profissão: motorista Número: 758 Complemento:
 Bairro: Cineportes Cidade: Boa Vista Estado: Roraima CEP: 69.310-000
 E-mail: Tel. (DDD): (65) 9176-2810

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO 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 (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 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.

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 preenchimento da 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa polêmica quanto ao comprovante com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTRO - DPVAT
CORTECOU PARA VERIFICAÇÃO DO

10 ABR 2019

DR. RICARDO SANTOS DE SOUZA
Av. Capitão Júlio Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: Boa Vista, 25/03/19 Nome: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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 N° 445/2012
 Nome completo: Thiago Ferreira da Silva CPF: 961.525.672-20
 Profissão: motorista Número: 758 Complemento:
 Bairro: Cineportes Cidade: Boa Vista Estado: Roraima CEP: 69.310-000
 E-mail: Tel. (DDD): (65) 9176-2810

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO 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 (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 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.

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 preenchimento da 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa polêmica quanto ao comprovante com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTRO - DPVAT
CORTECO HABITAVERDADE

10 ABR 2019

DR. TITO SANTOS DE SOUZA

M. Capão Júlio Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: Boa Vista, 25/03/19 Nome: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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
PÓLICIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

616392

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 Policia: 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 Fátima Ferreira			
<u>Endereço</u>			
Município: Boa Vista - RR			
Logradouro: Rua Delson 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)			

ÁREA DE SINISTROS - OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capital 2000, Centro, 104 - Boa Vista - RR

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)			
<u>Endereço</u>			
Município: Boa Vista - RR			
Logradouro: Rua Delson 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 virando a cavar 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

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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Católica e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Thiago Ferreira da Silva
(Comunicante)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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: Caranã

Ponto de Referência: Próximo à ponte

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: THIAGO FERREIRA DA SILVA (COMUNICANTE , VÍTIMA , ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Sexo: Masculino	Nasc: 04/05/1993 ALERTA DE SISTRÓS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Profissão: Motorista			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria de Fátima Ferreira			
Endereço			11 JUN 2019
Município: Boa Vista - RR			
Logradouro: Rua detson mendes	Nº: 748		
Bairro: Aeroporto			
Telefone: (95) 99176-2810 (Celular)			

Nome Civil: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO (PROCURADOR , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PR - Ibitipoca	Sexo: Feminino	Nasc: 15/01/1972
Profissão: Autônomo		Escolaridade: Ensino Superior Completo	
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

Nº: 347

Complemento: Casa

Bairro: São Francisco

Telefone: (95) 99139-8405 (Celular)

Nome Civil: KATIA CILENE DA SILVA (ENVOLVIDO , VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Sexo: Feminino	Nasc: 10/12/1981
Profissão: Auxiliar de Serviços			



11 JUN 2019



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

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Freitas, 484 - Boa Vista - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007840/2019-A02

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)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 003.631.832-99	Placa: NAX8208
Renavam: 01021095599	Número do Motor: JC41E6E031910
Número do Chassi: 9C2JC4160ER031910	Ano/Modelo Fabricação: 2014/2014
Cor: VERMELHA	UF Veículo: Roraima
Município Veículo: Boa Vista	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN ESD
Modelo: HONDA/CG 125 FAN ESD	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido
Última Atualização Denatran: 29/10/2014	Situação do Veículo: REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Thiago Ferreira da Silva

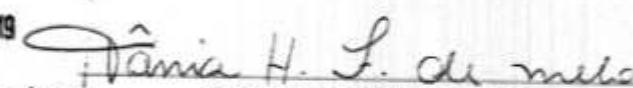
Envolvimentos

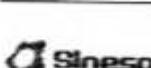
Possuidor

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.
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 A MOTOCICLETA QUE O MESMO CONDUZIA (DESCRITA ACIMA), ESTÁ EM NOME DE ALINE NAYARA FERREIRA BATISTA. É o aditamento.

		ASSINATURAS DAT 21 MAIO 2019 AGENTE DE POLÍCIA CONFERIDOR	 Tania Helena Fracalossi de Melo (Comunicante / Procurador)
<small>"Declaro para os devidos fins da direito que sou eu (a) (não) responsável pelo conteúdo desse boletim. Minha assinatura é o meio que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei, de acordo com o que consta no boletim, conforme previsto nos Artigos 339- Denúncia, 340- Caluniosa e 340- Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."</small>			



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 N° 445/2012
 Nome completo: Thiago Ferreira da Silva CPF: 961.525.672-20
 Profissão: motorista Número: 758 Complemento:
 Bairro: Cineportes Cidade: Boa Vista Estado: Roraima CEP: 69.310-000
 E-mail: Tel. (DDD): (65) 9176-2810

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

RENDIMENTO 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 (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 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.

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 preenchimento da 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa polêmica quanto ao comprovante com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTRO - DPVAT
CORTECOU PARA VERIFICAÇÃO DO

10 ABR 2019

DR. CÉSAR LIMA DE SOUZA
Av. Capitão Júlio Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: Boa Vista, 25/03/19 Nome: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

EQUIPE: Fabiana / João / Amáis

Paciente: Thiago Ferreira da Silva Idade: 25 Sexo: M
Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia _____
Endereço: 90 Parque Brasil Bairro: Caraná

Nº 040

DATA 01/01/2019

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: ma Fabiana

HORA J/9: 12:26 BASE () VIA () RÁDIO

HORA J/10: 12:34 CELULAR

NOTA: SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO 12:52 13:00

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

AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLENCIA		OUTROS	
<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x _____ <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro		<input type="checkbox"/> Uso do cinto _____ <input type="checkbox"/> Vítima projetada _____ <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada _____ <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado		<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio		<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Afogamento _____ <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____	
PEDESTRE		MOTOCICLETA / BICICLETA					
<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> [] VIA [] CALÇADA		<input type="checkbox"/> Colisão MOTO X <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto _____ <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> Piloto		<input type="checkbox"/> Com capacete _____ <input type="checkbox"/> Sem capacete _____ <input type="checkbox"/> Garupa _____			

VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	
<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Apneia _____ <input type="checkbox"/> Dispnéia <u>U</u> <input type="checkbox"/> Bradipneia _____ <input type="checkbox"/> Taquipneia _____ <input type="checkbox"/> Roncos _____ <input type="checkbox"/> Sibilos _____ <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal _____		<input type="checkbox"/> Bradicardico _____ <input type="checkbox"/> Taquicardico <u>U</u> <input type="checkbox"/> Aritmico _____ <input type="checkbox"/> Enrichimento capilar acima de 2° _____ <input type="checkbox"/> Ausente _____ <input type="checkbox"/> Cianose central _____ <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade _____		<input type="checkbox"/> AVON <u>U</u> <input type="checkbox"/> Miose <u>U</u> <input type="checkbox"/> Midriase _____ <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E _____ <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado _____ <input type="checkbox"/> DNV _____	

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemias	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Inicio	<u>12:38</u>	<u>110x60</u>	<u>100</u>	<u>97%</u>				
Fim	<u>13:00</u>		<u>100</u>	<u>98%</u>				

ÁREA DE BEMESTROS - DIFVAT CONTENDO XÍTOS E VÍTOS							
Pele	Cabeça	Face	Pescoco	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"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	<u>10 ABR 2019</u>		
Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII		CABEÇA	PERÍCOPA	TÓRAX
<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"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação		ANTERIOR	POSTERIOR	GENTALIA
					MED	MIE	MIO
							TOTAL %

ÁVALIAÇÃO SECUNDÁRIA							
Pele	Cabeça	Face	Pescoco	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"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	<u>10 ABR 2019</u>		
Pele	Coluna Dorsal	MMSS	MMII		CABEÇA	PERÍCOPA	TÓRAX
<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"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação		ANTERIOR	POSTERIOR	GENTALIA
					MED	MIE	MIO
							TOTAL %

ÁVALIAÇÃO TERTIÁRIA							
AFECÇÃO CLÍNICA				HISTÓRIA PELÍGROSA			
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter		<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"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Outra _____		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> IAS	
<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA		<input type="checkbox"/> MÉDIA		<input type="checkbox"/> SEVERA		<input type="checkbox"/> Medicação de uso _____	
<input type="checkbox"/> LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA							

RESUMO DE CRÍMOS MÉDICO (Unidade de Destino)							
MEDICO				MULTIPOS MEIOS ACIONADOS			
CRM-RR 2046				<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros: _____			

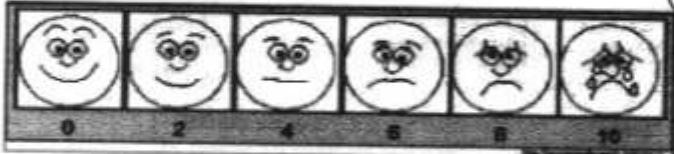
INCIDENTE				OBSERVACOES			
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:				<u>22/02/19</u> <u>Stephanie</u>			
<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ [] Término as: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso Obs: _____							

ACO				DADOS CLÍNICOS			
<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR- <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota				<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN			
				<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros			

PERTE NCIA DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Assinatura do Receptor:	
	Declaro para os devidos fins que estou rejeitando rejeitando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG:
TESTEMUNHA 01:	RG:	
TESTEMUNHA 02:	RG:	

GESTANTE IG p/ semana: _____ Perda de líquido: _____ <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	Movimentos fetais: _____ BCF: _____	MATERIAL E MEDICAÇÃO 6 rurais ♀ 6 leves ♀
--	--	--

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Outros abertos previamente à estimulação	Espontâneos	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	As Som	3
Abertura ocular após em estimulação de extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Outros fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Vocal		Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	3
Palavras isoladas ininteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que inserem com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	6
Elevar de milho acima do nível da clavicula ao estimulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominantemente não anormal.	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominantemente claramente anormal.	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensor	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência.	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT



15

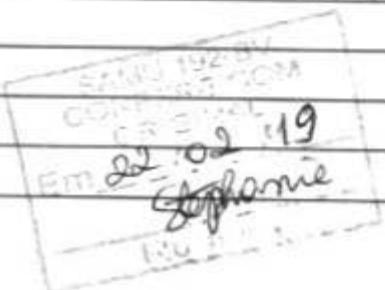


ÁREA DE SINISTROS - DPVA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Afonso Bezerra, 414 - Boa Vista - RN

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

masculino 25 anos, piloto vítima de queda de moto, encontrado em DD, com capacete, aparentemente alcoolizado, responsive apresenta abrasões em mmSSII, não tem sinais de fratura, apresenta também contusões regionais lumbares, realizado protocolo de Trauma SSV monitoradas conduziu ao GT conforme Reg. médica, traçado SIA



74963
econ 10

vivo

Nº da Conta: 0367721053
Mês de referência: 03/2019
Período: 06/02/2019 a 05/03/2019
Data de emissão: 07/03/2019

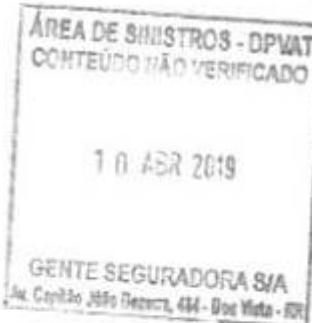
TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

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: 02.558.157/0015-49

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/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tânia Helene Fracalossi de melo

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

Thiago Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 961.525.622 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Finalidade 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: Recuse Renda: Recuse 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>João Francisco</u>	Cidade:	<u>RR</u>	Estado:
E-mail:	<u>parana_melode@gmail.com</u>	CEP:	<u>69.305-270</u>	Tel.(DDD):

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

Tânia Helene Fracalossi de melo
Assinatura do Declarante



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraalidier.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 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Olúvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Alme Nogueira Ferreira Batista

RG nº 266.656 _____, data de expedição 17/09/15

Órgão SSPIRR, portador do CPF nº 003.631.832-99

com domicílio na cidade de Bon. Vista, no Estado de Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Tucumán 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

Things Ferrera da Serra

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG125 Fan FSD Ano: 2014/2014

Placa: NAX-8208 Chassi: 9C2JG4160ER033910

Data do Acidente: 01/01/2019

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



Aline N. F. Bratirte

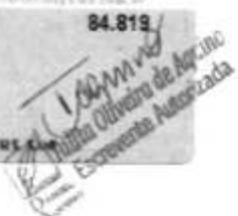
Assinatura do Declarante

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Constituição, 454 - Boa Vista - RS

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



Centro de 2º Oficio de Rio Vista
Brigadeiro Aquiles Fabiano e Rego e altri
Av. Almirante Tamandaré, 444 - Rio Vista - Rio
Tel. 2222-4111
E-mail: centro2@riovista.com.br

para o site www.orientamento.com.br

 DANIEL
AQUINO
1348119-5 • 6323600063
Recomendado VERDADEIRA

• 100 例山地植物学研究 附录与索引

Em testemunho da verdade, DBA
De que dia 16. São Vicente, 12 de fevereiro de 2019.
Consulta no portal aberto em www.portaldaseus.com.br
ELETRÔNICO DE DOCUMENTOS

For more information, contact the National Institute of Child Health and Human Development, Office of Communications, at 301-435-0210, or visit the NICHD Web site at www.nichd.nih.gov.

1^ª 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		
Sexo	M	Estado Civil	SOLTEIRO(A)PARDA	Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade		BRASILEIRA		
Mãe	MARIA DE FATIMA FERREIRA			Pai				Contato		(95) 99128-2819		
Endereço	RUA - JANDIRA LAGO - 905 - BURITIS - BOA VISTA - RR			NI				Ocupação		NÃO INFORMADA		
Class. de Risco	Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal			
ACIDENTE DE MOTO	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE											
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso		Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA											
Setor												
GRANDE TRAUMA												
Procedimento Sol.												
Registrado por												
DAL												
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue											
Acidente de moto												
Anamnese de Enfermagem											GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Paciente vítima de acidente de moto, com edema cerebral											ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
Exame Físico B66,10TE,ATA: ondoso, hidrotado, epi. 01											10 ABR 2019	
Hipótese Diagnóstica TCG rese + entorpecente											GENTE SEGURADORA S/A Av Capital, 1111 Centro, RR - Boa Vista - RR	
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAIO-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 ① Diprofeno 100 ② Tylo 100 250											APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Conduta												
<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Transferência para:											<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta:	
Óbito												
Antes do 1 ^º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não											Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica

D

□

E

52,4 %

1/1/2019 17:32:32

52,5 %

1/1/2019 17:32:32

THIAGO FERREIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



Jânia Helena
95) 99139-8405

