

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200062832                      Vítima: LEONARDO DIAS COSTA

Data do Acidente: 12/10/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEONARDO DIAS COSTA

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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, 10 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200062832**

**Vítima: LEONARDO DIAS COSTA**

**Data do Acidente: 12/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LEONARDO DIAS COSTA**

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, 08 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200062832**

**Vítima: LEONARDO DIAS COSTA**

**Data do Acidente: 12/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LEONARDO DIAS COSTA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 010.959.742-70 4 - Nome completo da vítima: Leomando Dias Costa

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

5 - Nome completo: Leomando Dias Costa 6 - CPF: 010.959.742-70  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Adail Oliveira Rosa 9 - Número: 3144 10 - Complemento: caso  
11 - Bairro: Equatorial 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-324  
15 - E-mail: FLOIRRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)98404-5368

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:   CONTA:    
(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 (val nascer)? ☐ 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: Boa Vista - RR, 05/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Leomando Dias Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004409/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/01/2020 11:11 Data/Hora Fim: 30/01/2020 11:27  
Origem: Data: 30/01/2020  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/10/2019 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Senador Hélio Campos  
Logradouro: rua S 24

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEONARDO DIAS COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 03/12/1989 Idade: 30 anos  
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Mecânico Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: União Estável  
Nome da Mãe: Jorgina Dias Costa Nome do Pai: Teonis Barros Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 010.959.742-70  
RG - Carteira de Identidade: 335674-4

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: ADAIL OLIVEIRA ROSA Nº: 3144  
Bairro: EQUATORIAL  
Telefone: (95) 99145-4503 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 010.959.742-70	Placa NAM3040
Renavam 00771813040	Número do Motor JC30E12124898
Número do Chassi 9C2JC30102R124898	Ano/Modelo Fabricação 2002/2001
Cor PRATA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS
Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Rosana Jucara Vilaca Moreira  
Data de Impressão: 30/01/2020 11:28

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

10 FEV. 2020



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

BOLETIM-DE OCORRÊNCIA

Nº: 004409/2020

Última Atualização Denatran 07/12/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Leonardo Dias Costa	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE, NO DIA 12/10/2019, POR VOLTA DAS 19H00MIN, ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA, PLACA NAM3040, NA RUA S-24 SEN. HÉLIO CAMPOS, QUANDO O CONDUTOR DO VEÍCULO PAMPA AVANÇOU A PREFERENCIAL CAUSANDO O ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU; QUE FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA-HGR; QUE FOI ATENDIDO NO GRANDE TRAUMA; QUE FRATUROU O PULSO; QUE TEVE LESÕES NA CABEÇA E NO CORPO; QUE DESMAIOU NA HORA DO ACIDENTE E NÃO TEM CONHECIMENTO DE QUEM SEJA O AUTOR DO FATO; QUE POR NÃO TER CERTEZA DA AUTORIA DO FATO, EXPRESSA O DESEJO DE **NÃO** REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA QUEM QUER QUE SEJA; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Polícia  
Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Leonardo Dias Costa

(Vítima / Comunicante)

"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 Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

10 FEV. 2020



ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI  
E USE A INTERNET PARA:

- Fazer sua adesão à Conta Online
- Emitir 2ª via de conta
- Consultar o código de barras para pagamento
- Acompanhar o consumo
- Recarregar o Pré-pago
- Conferir seu saldo no Oi Pontos

ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI E CADASTRE-SE.

NA MINHA OI  
É TUDO MAIS FÁCIL.



CDD ASA BRANCA RR  
JAQUELINE DIAS COSTA  
RUA ADAIL OLIVEIRA ROSA 3144  
EQUATORIAL  
69317-324 - BOA VISTA - RR



59207088



7213512820 25447 00004147088 30 181219

ANATEL - 1331

Fixo	103 31 para AT, AM, AP, BA, CE, ES, MA, MG, PA, PB, PE, PI, RJ, RN, RR e SE
Fixo	103 16 para AC, DF, GO, MS, MT, PE, RJ, RS, SC e TO
TV	108 31
Pós	144 do Oi ou 1057 para qualquer telefone
Empresarial	0800 021 0800
Corporativo	0800 031 8031

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR:

10 FEV. 2020

<input type="checkbox"/> 01. MUDOU-SE <input type="checkbox"/> 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> 03. NÃO EXISTE Nº INDICADO <input type="checkbox"/> 04. FALCIDO <input type="checkbox"/> 05. DESCONHECIDO <input type="checkbox"/> 06. RECUSADO <input type="checkbox"/> 07. AUSENTE <input type="checkbox"/> 08. NÃO PROCURADO <input type="checkbox"/> 09. OBJETO DANIFICADO <input type="checkbox"/> 10. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE <input type="checkbox"/> 11. FALTA COMPLEMENTO (COLETIV./GUI) <input type="checkbox"/> 12. CAIXA POSTAL CANCELADA <input type="checkbox"/> 13.	MATRÍCULA: RUBRICA DO RESPONSÁVEL: REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:
--	--



13/01/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 11/2019 referente a UC: 1090291



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4106135

**ILOIR INACIO DE SOUZA**

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 6

BURITIS

69309209 BOA VISTA

R.

**10 FEV. 2020**

CÓDIGO ÚNICO 1090291	MÊS 11/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-OCT-19 a 25-NOV-19
CONSUMO (kWh) 138	VENCIMENTO 11-DEC-19	TOTAL A PAGAR R\$ 355,12

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 0800-1596 / 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 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Ilair Inácio de Souza

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

Wenardo Dias Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.959.742 / 70

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Wenardo Dias Costa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.959.742 / 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

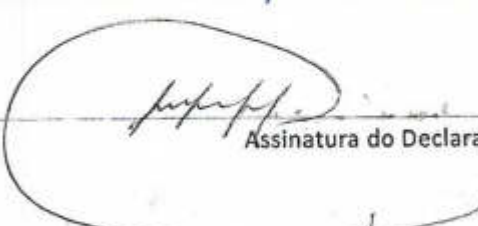
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Bunitos</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILAIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(93) 98403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 05/02/2020

  
Assinatura do Declarante

10 FEV. 2020



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.

1901173114	12/10/2019 19:18:12	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	14
Paciente <b>LEONARDO DIAS COSTA</b>	Data Nascimento <b>03/12/1989</b>	Idade <b>29 A 10 M 9 D</b>	CNS <b>702501754031540</b>	CPF <sup>07</sup>	Prontuário
Tipo Doc <b>IDENTIDADE</b>	Documento <b>3356744</b>	Órgão Emissor <b>SESP/RR</b>	Data Emissão	Sexo <b>M</b>	Estado Civil <b>SOLTEIRO(A)</b>
Mãe <b>GEORGINA DIAS COSTA</b>	Pai <b>NI</b>	Naturalidade	Nacionalidade <b>BRASILEIRA</b>	Contato <b>(95) 99143-6127</b>	Ocupação

Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Sector <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>SAMU CAPITAL</b>	Procedimento Sol.	Registrado por: <b>ANA.KARLA</b>	Pressão	

Queixa Principal *trauma pelo* ☒ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem *diag: Alergia a (Arag) amoxicilina* GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h) *Acidente automobilístico com moto x carro, colisão lateral, com um mês de antecedência*

Exame Físico *Exame físico normal*

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO *Dipirone 1g* *736*

APRAZAMENTO *certifico que a presente cópia é fiel reprodução original que foi aprovada neste Hospital* OBSERVAÇÃO

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

óbito ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ana.karla  
Data Hora: 12/10/2019 19:19:43

10.FEV. 2020



1901173114

# Ultrassom # Rx Elbow  
ponto de acidente com modo, em  
uso de tala em pontos D.

Ao Rx aberto fratura em nível  
distal D. Fratura de Smith volar  
tentativa de redução imediata  
sem sucesso.

D. Intervalo para procedimento  
cirúrgico.

Ponto de avaliação.

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 1967

4145 4503

10 FEV. 2020





**Governo do Estado de Roraima**  
**Secretaria de Estado da Segurança Pública**  
**Instituto de Identificação Odílio Cruz**  
**Ficha Civil**

Emissão: 30/01/2020  
Login: ROSANA\_MOREIRA



**RG.:** 335674-4 **2º Via**  
**Emissão:** 15/10/2014 **Etnia:**  
**Nome do Cidadão:** Leonardo Dias Costa  
**Nome do Pai:** Teonis Barros Costa  
**Nome da Mãe:** Jorgina Dias Costa  
**Data de Nascimento:** 03/12/1989 **Sexo:** Masculino **Estado Civil:** Solteiro  
**Nacionalidade:** Brasileira **País de Nacionalidade:** Brasil  
**País de Nascimento:** **Município de Nascimento:** Boa Vista

**Grau de Instrução:** 1º Grau  
**Profissão:** Estudante, mensageiro, office-boy

**Logradouro:** RUA Z 07 **Número:** 1381  
**Complemento:** CASA **Bairro:** ALVORADA  
**Município:** Boa Vista **CEP.:** **Telefone:** 95-91618293  
**Obs:**

**CPF:** 01095974270 **PIS/PASEP:** **Inscrição:**  
**Outra Identidade:** **Orgão:**  
**UF:**  
**Documento:** Nascimento **No. do Espelho:** 695333  
**Cartório:** **Data:** 09/12/2004  
**Município:** Boa Vista **Circunscrição:**  
**Livro:** A-95 **Folha:** 252 **Termo:** 67163 **Mun.:**  
**Portaria Min.:** **Data:** **Mun.:**  
**Documento:** **Órgão:**

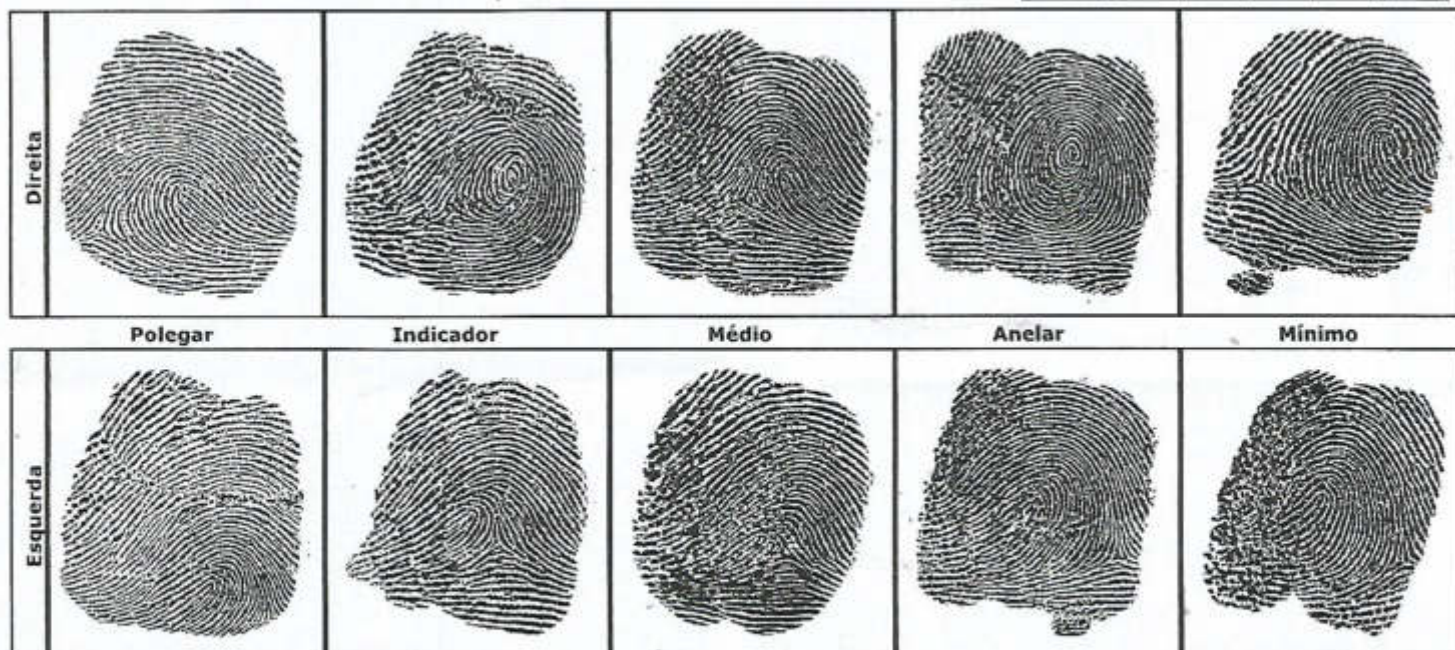
**Autorizador:** **N.º do Documento:**  
**Orgão:** **UF:**

**Cartório:**

**Livro:** **Folha:** **Termo:** **Data do Óbito:**

**Cúti:** Branca **Olhos:** Castanho **Altura:** 1,69m  
 **Tipo Cabelo:** Ondulado **Cor Cabelo:** Castanho

DIR.	3	5	3	5	3
ESQ.	2	2	1	2	2



**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Perito Papiloscópico da Polícia Civil  
Diretor do BOC

10 FEV. 2020





**Governo do Estado de Roraima**  
**Secretaria de Estado da Segurança Pública**  
**Instituto de Identificação Odílio Cruz**  
**Ficha Civil**

Emissão: 30/01/2020  
Login: ROSANA\_MOREIRA



**RG.:** 335674-4 **2º Via**  
**Emissão:** 15/10/2014 **Etnia:**  
**Nome do Cidadão:** Leonardo Dias Costa  
**Nome do Pai:** Teonis Barros Costa  
**Nome da Mãe:** Jorgina Dias Costa  
**Data de Nascimento:** 03/12/1989 **Sexo:** Masculino **Estado Civil:** Solteiro  
**Nacionalidade:** Brasileira **País de Nacionalidade:** Brasil  
**País de Nascimento:** **Município de Nascimento:** Boa Vista

**Grau de Instrução:** 1º Grau  
**Profissão:** Estudante, mensageiro, office-boy

**Logradouro:** RUA Z 07 **Número:** 1381  
**Complemento:** CASA **Bairro:** ALVORADA  
**Município:** Boa Vista **CEP.:** **Telefone:** 95-91618293  
**Obs:**

**CPF:** 01095974270 **PIS/PASEP:** **Inscrição:**  
**Outra Identidade:** **Orgão:**  
**UF:**  
**Documento:** Nascimento **No. do Espelho:** 695333  
**Cartório:** **Data:** 09/12/2004  
**Município:** Boa Vista **Circunscrição:**  
**Livro:** A-95 **Folha:** 252 **Termo:** 67163 **Mun.:**  
**Portaria Min.:** **Mun.:**  
**Documento:** **Órgão:** **Data:** **Mun.:**

**Autorizador:** **N.º do Documento:**  
**Orgão:** **UF:**

**Cartório:**

**Livro:** **Folha:** **Termo:** **Data do Óbito:**

**Cúti:** Branca **Olhos:** Castanho **Altura:** 1,69m  
 **Tipo Cabelo:** Ondulado **Cor Cabelo:** Castanho

DIR.	3	5	3	5	3
ESQ.	2	2	1	2	2

Direita						
	Polegar	Indicador	Médio	Anelar	Mínimo	
	Esquerda					

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Perito Papiloscópico da Polícia Civil  
Diretor do BCC

10 FEV. 2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
 CARTERA NACIONAL DE HABITAÇÃO

**NOME**  
 ILOIR INACIO DE SOUZA

**FOTO**

**DOC. IDENTIDADE (RG) EMISSOR**  
 114807 SSP RJ

**CPF**  
 383.051.512-04

**DATASACRAMENTO**  
 07/04/1978

**RELAÇÃO**  
 JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

**CONJUGA**  
 ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

**PERMANÊNCIA**  
 AC - CALHAB

**Nº REGISTRO**  
 01101912304

**VALIDADE**  
 28/01/2020

**VALIDADE**  
 15/12/1999

**OBSERVAÇÕES**  
 10 FEV. 2020

**ASSINATURA DO PORTADOR**

**LOCAL**  
 BOA VISTA - BOA VISTA

**DATA DE EMISSÃO**  
 30/01/2015

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
 JOSELOMO KUNDSCHKE PEREIRA  
 DAS ICH PRESENCIAL

**92485240616**  
**38207968020**

**PROTEÇÃO PLASTIFICAR**  
**980151096**

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**980151096**



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Leonardo Dias Costa
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Mecânico
IDENTIDADE:	335674-4 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Adail Oliveira Rosa, 3144, Equatorial

## OUTORGADO

NOME:	Lein Inácio de Senze
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antônio P. Galvão 1832

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 12 / 10 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Leonardo Dias Costa.

Bom Vista 02.01.2020

LOCAL E DATA

BOA VISTA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Assis Brasil, 4307 - Assis Brasil - Boa Vista/RR  
Fone: (98) 3627-0100  
Zefiro@boavista.rr.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
de LEONARDO DIAS COSTA

Em testemunho da verdade, DBA  
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 02 de janeiro de 2020.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em [cidadeportal.com.br](http://cidadeportal.com.br)  
RECIFIR16629690E4TDBKW033LY64

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,50

10 FEV. 2020



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051124/20

**Vítima:** LEONARDO DIAS COSTA

**CPF:** 010.959.742-70

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LEONARDO DIAS COSTA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### LEONARDO DIAS COSTA : 010.959.742-70

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020  
Nome: LEONARDO DIAS COSTA  
CPF: 010.959.742-70

LEONARDO DIAS COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO