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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190527953

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 28/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.

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, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190527953 **Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA**

Data do Acidente: 28/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 28/02/2019, emitida pelo Dr. Odinachi Udochukwu Okemiri, CRM nº 1851 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190527953 **Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA**

Data do Acidente: 28/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE JESUS FERREIRA 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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:	Nome completo da vítima:
	015.255.182-40	Maria de Jesus Ferreira Silva

DADOS CADASTRAIS

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

Nome completo: Maria de Jesus Ferreira Silva

Profissão: autônomo | Endereço: Rua: Felipe Xaud | CPF: 015.255.182-40

Bairro: Buritis | Cidade: Boa Vista | Estado: RR | Número: 405 | Complemento:

E-mail: FLOIRRR@HOTMAIL.com | CEP: 69.309-175 | Tel.(DDD): (99) 98403-5066

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA
☐ ATÉ R$1.000,00
☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00
☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00
☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00
☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00
☐ 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)

AGÊNCIA: 3906 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 8203 7 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

MORTE

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (em caso de não alfabetizado)

Local e Data: Boa Vista - RR, 09/09/2019
Nome: Maria de Jesus Ferreira Silva
CPF: 015.255.182-40

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria de Jesus Ferreira Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º | Nome:
CPF:
Assinatura
2º | Nome:
CPF:
Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

11 SET. 2019

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

BO. ETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004731/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/03/2019 07:25 Data/Hora Fim: 01/03/2019 07:37
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 810323 J Data: 28/02/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 28/02/2019 07:30

Local do Fato
Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AV. ATA DE TELVE Bairro: Liberdade

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095 Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GIDION GENTIL PEREIRA (CONDUTOR)
Nacionalidade: Brasileira

Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA FELIPE XAUD
Bairro: BURITIS Nº: 405

Nome Civil: DAVID SOUSA MAGALHAES (CONDUTOR)
Nacionalidade: Brasileira

Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA FABA
Bairro: PISCICULTURA Nº: 721

Razão Social: POLICIA MILITAR - RR (COMUNICANTE)
Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço
Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O RCP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. David Sousa Magalhaes que Dirigia o Veiculo PLACA NUJ-5729 e o Sr. Gidion Gentil Pereira que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAU-2389. Que devido ao acidente o Sr. Gidion e a Sra. Maria de Jesus Ferreira Silva (passageira da Motocicleta) Sofreram lesão corporal e foram socorridos ao hospital pelo Samu. Transcreveu o

Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inácio Araujo
Data de impressão: 20/03/2019 11:47
Protocolo nº: Não disponível

Sinesp

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004731 2019

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR RR
(Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima asseriadas e [illegible] que poderei responder civil e criminalmente pelas [illegible] de dados que der origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

11 SET. 2019

DAT
20 AGO. 2019
DELEGADO DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Henrique Araújo
Data de Impressão: 20/08/2019 11:27
Protocolo nº: Não disponível

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004731/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Inicio do Registro: 01/03/2019 07:25 Data/Hora Fim: 01/03/2019 07:37
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 810323 J Data: 28/02/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 28/02/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Liberdade
Logradouro: AV. ATAIDE TEIVE

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GIDION GENTIL PEREIRA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA FELIPE XAUD Nº: 405
Bairro: BURITIS

Nome Civil: DAVID SOUSA MAGALHAES (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA PIABA Nº: 721
Bairro: PISCICULTURA

Razão Social: POLICIA MILITAR - RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de transito envolvendo o Sr. David Sousa Magalhaes que Dirigia o Veiculo PLACA NUJ-5729 e o Sr. Gidion Gentil Pereira que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAU-2389. Que devido ao acidente o Sr. Gidion e a Sra. Maria de Jesus Ferreira Silva (passageira da Motocicleta) Sofreram lesão corporal e foram socorridoa ao hospital pelo Samu. Era o relato.

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004731/2019

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR - RR
(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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT
30 SET. 2019
AGENTE DE POLÍCIA
MATR. 42000612

Seguradora LÍDER

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:	Nome completo da vítima:
	015.255.182-40	Maria de Jesus Ferreira Silva

DADOS CADASTRAIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

Nome completo: Maria de Jesus Ferreira Silva

Profissão: autônomo | Endereço: Rua: Felipe Xaud | CPF: 015.255.182-40

Bairro: Buritis | Cidade: Boa Vista | Estado: RR | Número: 405 | Complemento:

E-mail: FLOIRRR@HOTMAIL.COM | CEP: 69.309-175

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). | Tel.(DDD): (95) 98403-5066

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 3906 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 3203 7 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

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

Impressão Digital do Declarante (se não for possível)

Local e Data: Boa Vista-RR, 09/09/2019

Nome: Maria de Jesus Ferreira Silva

CPF: 015.255.182-40

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria de Jesus Ferreira Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

11 SET. 2019

11 SET. 2019

CiOps

SÉRIE J

PMRR – BPM RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL № 810323

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fir
INTEG. 01	CIPTUR	28.02.2019	LESTE	07:30	07:30	07:50	09:20

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fin
1001-1003	13010-13999	-X-X-X-X-X-X-	---	---

LOCAL DE OCORRÊNCIA

LOCAL: Av. Gal. Ataide Teive com Rua Jose Pinheiro Bairro: Liberdade Refe.: Cruzamento

PESSOAS RELACIONADAS

1 CONDUTOR Nome: GIDION GENTIL PEREIRA Idade: 34 E. Civil: CASADO
Endereço: RUA FELIPE XAUD Nº 405 BURITIS CPF 98834622200
Edt. R.G 232376 SSP/RR CNH - NÃO POSSUI Profissão: AUTONOMO

2 CONDUTOR Nome DAVID SOUSA MAGALHÃES Idade: 32 E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: RUA PIABA Nº 721 BAIRRO PISCICULTURA CPF 81537786253
Edt. R.G 252480 SSP/RR CNH 03881450438 Profissão: SOLTEIRO

3 GARUPA Nome: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA Idade: 26 E. Civil: CASADA
Endereço: RUA FELIPE XAUD Nº 405 BAIRRO BURITIS CPF 01525518240
Edt. R.G NÃO PORTAVA CNH --- Profissão: AUTONOMA

Danos dos veículos

- *ITEM 1 – V1 = YAMAHA/FAZER DE COR BRANCA DE PLACA NAU-2389 (DANOS: CARENAGEM, PISCA ESQUERDO, PROTEÇÃO DA DESCARGA)*
- *ITEM 2 – V2 = VW/NOVO VOYAGE DE COR VERMELHA DE PLACAS NUJ-5729 (DANOS: PARA-CHOQUE DIANTEIRO, FAROL ESQUERDO, PLACA DIANTEIRA, CAPÔ, PARA-LAMA ESQUERDO)*

ERICO CARGO ADC LOCAL DAT

HISTORICO

Senhor coordenador,

Acionados, via CIOPS, para o atendimento de ocorrência de acidente de transito no endereço acima citado, onde entramos em contato com os envolvidos que nos relataram que o senhor Gidion Gentil Pereira (item 1) conduzia o "V1", na Av. Gal Ataide de Teive no sentido bairro-centro, onde no cruzamento com a Rua Jose Pinheiro ocorreu a colisão com o "V2" que era conduzido pelo Senhor David Sousa Magalhães (item 2), nesta rua no sentido à Av. Mario Home de Melo, que segundo ele cruzou a avenida porque os veiculos haviam parados na faixa de pedestre antes do cruzamento.

Informo que foi acionada a viatura do SAMU para prestar auxilio medico aos condutores da motocicleta, item 1 e item 3, pois apresentavam escoriações pelo corpo e foram recolhidos ao HGR. Não foi possível o acionamento da pericia devido aos veiculos serem removidos por populares do local para evitar outro acidente, pois o fluxo de transito estava intenso. Foi realizada a consulta das documentações onde foi constatado que o" item 1" não possui CNH ou PPD e que as medidas administrativas foram realizadas e os veiculos liberados aos seus respectivos condutores em que o "V1" ficou na responsabilidade do senhor Yure Mezaque de Sousa (CNH:04467415724) entregue pelo próprio condutor. Era o que tinha a relatar.

Wandelino Satino Gimaque da Silva	41.389-5	SD/PM	CIPTUR
	№	Posto/Graduação	SUOp

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-PS
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 20/08/19
Fc.
David Amaral dos Santos
Func. Civil PM/RR
Mat. 044005222

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

1ª Classificação | Reclassificação ____:____ | Reclassificação ____:____ | Reclassificação ____:____
(__) Vermelho | (__) Vermelho | (__) Vermelho
(__) Laranja | (__) Laranja | (__) Laranja
(__) Amarelo | (__) Amarelo | (__) Amarelo
(__) Verde | (__) Verde | (__) Verde
(__) Azul Ass.: | (__) Azul Ass.: | (__) Azul Ass.:

cat - LVE

1901078598 28/02/2019 08:22:03 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 5

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA	09/01/1992	27 A 1 M 19 D			

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	3567923	SSPRR	15/02/2007	F	SOLTEIRO(A)	PARDA	SAO LUIZ DO ANAUÁ - RR	BRASILEIRA

Mãe: ANTONIA DA HORA FERREIRA SILVA
Pai: JOAQUIM SILVINO DA SILVA
Contato: (95) 99175-6672
Endereço: RUA - FELIPE XAUD - 405 - BURITIS - BOA VISTA - RR
Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco | Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão
Setor: GRANDE TRAUMA
Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL
Procedimento Sol.
Registrado por: MICHELE.CAVALCANTE

Queixa Principal (__) Síndrome Febril (__) Sintomático Respiratório (__) Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 — **TOTAL** 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h).
- VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO MOTO-CICLO, DÁ ENTRADA NA EMERGÊNCIA TRAZIDA PELO SAMU COM

Exame Físico IMOBILIZAÇÃO PADRÃO. A, B, C, D: S/ALT. E: DESCONFORTO EM PERNA D. E EM PÉ ESQ. EM MMII.

Hipótese Diagnóstica
POLITRAUMA

SADT - Exames Complementares
(X) RAIO -X (__) ULTRA-SON (__) TC (__) SANGUE (__) URINA (__) ECG (__) OUTROS:_____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) S. PÉ ZONA 2g EV SL	OK	
2) TSLATIC 40 g EV SL	NHP	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Nova Floresta - CEP 69.310-020 ASSINATURA 2019 Carimbo e Assinatura do Médico Cópia Autêntica do original existente neste Hospital

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

óbito
Antes do 1º Atendimento? (__) Sim (__) Não **Destino:** (__) Família (__) IML Anatomia Patológica __/__/____ __:__

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico
Dr. Fernando André Martins Ferreira
Cirurgião Oncológico de Cabeça e Pescoço
CRM-RR: 1843

Impresso por: michele.cavalcante
Data Hora: 28/02/2019 08:22:46

1901078598

11 SET. 2019

Ortopedia Dr Arnaldo

Paciente, Vítima de trauma contuso PE (E)
após acidente moto x carro S.I.C
Eff dor PE (E)
Radiografia, fratura 5 falange proximal PE (E)
H.D fratura 5º MM (E)
l.d analgesia + imobilização + retorno

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185171RJ

11 SET. 2019

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: 3547715

TATIANA LIRA DA COSTA

R. FELIPE XAUD, 405 ,

BURITIS 69309175 BOA VISTA RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
216542	**08/2019**	**25-JUL-19 a 27-AUG-19**
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
463	**05-OCT-19**	**R$ 448,59**

OBSERVAÇÕES

A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120-

autenticação mecânica

ecorte aqui

RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
216542	**08/2019**	**R$ 448,59**

836400000045.485900750004.000000000216.654208190052

11 SET. 2019

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: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS 69309209 BOA VISTA RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	**02/2019**	**25-JAN-19 a 22-FEB-19**
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	**11-MAR-19**	**R$ 229,20**

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

11 SET. 2019 11 SET. 2019

recorte aqui

RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089153	**02/2019**	**R$ 229,20**

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 SUSEP[1] 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[2].

[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 Ilair Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512/04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria de jesus Ferreira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.255.182/40,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria de jesus Ferreira Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.255.182/40, 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: Rua Antônio P. Galvão		Número: 1832	Complemento:
Bairro: Buritis	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.309.209
E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM			Tel.(DDD): (95)98403-5060

Local e Data: Boa Vista - RR, 08/09/2019

Assinatura do Declarante

11 SET. 2019

DLDRL.001 V001/2017

11 SET. 2019

CiOps

SÉRIE J

PMRR – BPM RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL № 810323

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fir
INTEG. 01	CIPTUR	28.02.2019	LESTE	07:30	07:30	07:50	09:20

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fin
1001-1003	13010-13999	-X-X-X-X-X-X-	---	---

LOCAL DE OCORRÊNCIA

LOCAL: Av. Gal. Ataide Teive com Rua Jose Pinheiro Bairro: Liberdade Refe.: Cruzamento

PESSOAS RELACIONADAS

1 CONDUTOR Nome: GIDION GENTIL PEREIRA Idade: 34 E. Civil: CASADO
Endereço: RUA FELIPE XAUD Nº 405 BURITIS CPF 98834622200
Edt. R.G 232376 SSP/RR CNH - NÃO POSSUI Profissão: AUTONOMO

2 CONDUTOR Nome DAVID SOUSA MAGALHÃES Idade: 32 E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: RUA PIABA Nº 721 BAIRRO PISCICULTURA CPF 81537786253
Edt. R.G 252480 SSP/RR CNH 03881450438 Profissão: SOLTEIRO

3 GARUPA Nome: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA Idade: 26 E. Civil: CASADA
Endereço: RUA FELIPE XAUD Nº 405 BAIRRO BURITIS CPF 01525518240
Edt. R.G NÃO PORTAVA CNH --- Profissão: AUTONOMA

Danos dos veículos

- *ITEM 1 – V1 = YAMAHA/FAZER DE COR BRANCA DE PLACA NAU-2389 (DANOS: CARENAGEM, PISCA ESQUERDO, PROTEÇÃO DA DESCARGA)*
- *ITEM 2 – V2 = VW/NOVO VOYAGE DE COR VERMELHA DE PLACAS NUJ-5729 (DANOS: PARA-CHOQUE DIANTEIRO, FAROL ESQUERDO, PLACA DIANTEIRA, CAPÔ, PARA-LAMA ESQUERDO)*

ERICO CARGO ADC LOCAL DAT

HISTORICO

Senhor coordenador,

Acionados, via CIOPS, para o atendimento de ocorrência de acidente de transito no endereço acima citado, onde entramos em contato com os envolvidos que nos relataram que o senhor Gidion Gentil Pereira (item 1) conduzia o "V1", na Av. Gal Ataide de Teive no sentido bairro-centro, onde no cruzamento com a Rua Jose Pinheiro ocorreu a colisão com o "V2" que era conduzido pelo Senhor David Sousa Magalhães (item 2), nesta rua no sentido à Av. Mario Home de Melo, que segundo ele cruzou a avenida porque os veiculos haviam parados na faixa de pedestre antes do cruzamento.

Informo que foi acionada a viatura do SAMU para prestar auxilio medico aos condutores da motocicleta, item 1 e item 3, pois apresentavam escoriações pelo corpo e foram recolhidos ao HGR. Não foi possível o acionamento da pericia devido aos veiculos serem removidos por populares do local para evitar outro acidente, pois o fluxo de transito estava intenso. Foi realizada a consulta das documentações onde foi constatado que o" item 1" não possui CNH ou PPD e que as medidas administrativas foram realizadas e os veiculos liberados aos seus respectivos condutores em que o "V1" ficou na responsabilidade do senhor Yure Mezaque de Sousa (CNH:04467415724) entregue pelo próprio condutor. Era o que tinha a relatar.

Wandelino Satino Gimaque da Silva	41.389-5	SD/PM	CIPTUR
	№	Posto/Graduação	SUOp

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-PS
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 20/08/19
Fc.
David Amaral dos Santos
Func. Civil PM/RR
Mat. 044005222

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

1ª Classificação | Reclassificação ____:____ | Reclassificação ____:____ | Reclassificação ____:____
(__) Vermelho | (__) Vermelho | (__) Vermelho
(__) Laranja | (__) Laranja | (__) Laranja
(__) Amarelo | (__) Amarelo | (__) Amarelo
(__) Verde | (__) Verde | (__) Verde
(__) Azul Ass.: | (__) Azul Ass.: | (__) Azul Ass.:

cat - LVE

1901078598 28/02/2019 08:22:03 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 5

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA	09/01/1992	27 A 1 M 19 D			

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	3567923	SSPRR	15/02/2007	F	SOLTEIRO(A)	PARDA	SAO LUIZ DO ANAUÁ - RR	BRASILEIRA

Mãe: ANTONIA DA HORA FERREIRA SILVA
Pai: JOAQUIM SILVINO DA SILVA
Contato: (95) 99175-6672
Endereço: RUA - FELIPE XAUD - 405 - BURITIS - BOA VISTA - RR
Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco | Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão
Setor: GRANDE TRAUMA
Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL
Procedimento Sol.
Registrado por: MICHELE.CAVALCANTE

Queixa Principal (__) Síndrome Febril (__) Sintomático Respiratório (__) Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 — **TOTAL** 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h).
- VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO MOTO-CICLO, DÁ ENTRADA NA EMERGÊNCIA TRAZIDA PELO SAMU COM

Exame Físico IMOBILIZAÇÃO PADRÃO. A, B, C, D: S/ALT. E: DESCONFORTO EM PERNA D. E EM PÉ ESQ. EM MMII.

Hipótese Diagnóstica
POLITRAUMA

SADT - Exames Complementares
(X) RAIO -X (__) ULTRA-SON (__) TC (__) SANGUE (__) URINA (__) ECG (__) OUTROS:_____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) S. PÉ ZONA 2g EV SL	OK	
2) TSLATIC 40 g EV SL	NHP	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Nova Floresta - CEP 69.310-020 ASSINATURA 2019 Carimbo e Assinatura do Médico Cópia Autêntica do original existente neste Hospital

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

óbito
Antes do 1º Atendimento? (__) Sim (__) Não **Destino:** (__) Família (__) IML Anatomia Patológica __/__/____ __:__

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico
Dr. Fernando André Martins Ferreira
Cirurgião Oncológico de Cabeça e Pescoço
CRM-RR: 1843

Impresso por: michele.cavalcante
Data Hora: 28/02/2019 08:22:46

1901078598

11 SET. 2019

Ortopedia Dr Arnaldo

Paciente, Vítima de trauma contuso PE (E)
após acidente moto x carro S.I.C
Eff dor PE (E)
Radiografia, fratura 5 falange proximal PE (E)
H.D fratura 5º MM (E)
l.d analgesia + imobilização + retorno

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185171RJ

11 SET. 2019

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

NATURALIDADE: SÃO LUIZ DO ANAUÁ - RR

FILIAÇÃO: JOAQUIM BEZERRA DA SILVA
ANTONIA DA LUZ FERREIRA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: [illegible]

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

CARTEIRA DE TRABALHO: [illegible]

CPF: [illegible]

LOCAL DA EMISSÃO: DETRAN RLZ

DATA DA EMISSÃO: [illegible]

ASSINATURA DO PORTADOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

RELAÇÃO

DATA DE NASC. DE DOCUMENTO — NOME

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

L E G E N D A

1 CASADO | 2 DIVÓRCIO | 3 SEPARAÇÃO JUDICIAL | 4 DIVÓRCIO
5 SEPARAÇÃO JUDICIAL | 6 [illegible]

TRABALHADOR

Sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS - é documento obrigatório para exercício de trabalho remunerado ou atividade profissional.

Ela é prova de tempo de trabalho, determina o salário-base e o recolhimento dos seguintes benefícios para o trabalhador: abono salarial, seguro-desemprego, aposentadoria e pensão por morte.

O empregador deve anotar, contrato de trabalho, e o seu estado de conservação, bem como os registros que a mesma contém.

Não rasgue, dobre, suje ou deixe de preencher.

Cuidado para não perder, pois a 2ª via custa R$ 3,00 (três reais).

Preserve sua integridade e seja digno portador de seus direitos e deveres como cidadão e cidadã brasileiro(a) e pleiteie o reconhecimento de seus direitos junto ao Ministério do Trabalho e Emprego, sempre que necessário.

Preserve sua saúde e seja digno portador de seus direitos e deveres como cidadão e cidadã brasileiro(a) e pleiteie o reconhecimento de seus direitos junto ao Ministério do Trabalho e Emprego, sempre que necessário.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICA NACIONAL DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

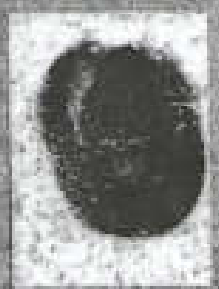
NÚMERO: 126.48384.66-0

NÚMERO: 4427445 | SÉRIE: 002-0 | UF: RR

Maria de Jesus F. Silva

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



1 1 SET. 2019

11 SET. 2019

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CPF
383.051.51[illegible]-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.
AB

Nº REGISTRO
01[illegible]019.2304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

ASCELINO KUBITSCHEK PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190527953 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.(P.3)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Maria de Jesus Pereira Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	356792 3 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua: Filipe Xaud, nº 405, Buritis

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autonomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão nº 1832 Buritis

11 SET. 2019

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: 28 / 02 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Maria de Jesus Pereira Silva.

Boa Vista - RR, 21 / 08 / 2019

LOCAL E DATA

CARTÓRIO LOUREIRO

Maria de Jesus Pereira Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO LOUREIRO — DR. JOZIEL LOUREIRO, TABELIÃO E REGISTRADOR
Av. Ville Roy, nº 5636 - Bairro Caimbé - Boa Vista/RR - Tel.: (95) 3624-6097 - atendimento@cartorioloureiro.com.br
RECONHECO VERDADEIRA a(s)assinatura(s)
[illegible] MARIA DE JESUS PEREIRA SILVA
NPR Em testemunho da verdade Boa Vista, 21/08/2019
Emol:2,45,FUNDEJURR:0,25,FISC:0,10,FECON:0,10,ISS:0,10Vlr Selo:1,5
Selo: RECFIR158345OSV7CUJB3UPTKZB4
Consulte seu selo: https://cidadao.portalselorr.com.br
CPF Solicitante: 01525518240
Dr. Edi Severino de Sousa Junior
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315591/19

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

Data do acidente: 28/02/2019

CPF: 015.255.182-40

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
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

MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA : 015.255.182-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 11/09/2019 Nome: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA CPF: 015.255.182-40	Data do cadastramento: 11/09/2019 Nome: MANOEL COELHO NETO CPF: 413.653.806-53
MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA	MANOEL COELHO NETO