

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



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



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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 411/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 8203

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (val 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.

Expressões:
Assinatura
Assinatura
Assinatura
Assinatura

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

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.

11 SET. 2019

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE



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 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

Aferir: 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 TEIVE

Bairro: Liberdade

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095 Atropelamento - acidente de trânsito

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GIDION GENTIL PEREIRA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA FELIPE XAUD

Bairro: BUIUTÉ

Nº: 405

Nome Civil: DAVID SOUSA MAGALHAES (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA FÁBIA

Bairro: PISCICULTEIRA

Nº: 721

Razão Social: POLÍCIA MILITAR - RR (COMUNICANTE)

Razão de Atuação: Órgão público

Endereço

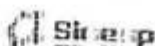
Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O RCP-PH comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. David Sousa Magalhaes que Dirigia o Veículo 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. Mariana de Jesus Ferreira Silva (passageira da Motocicleta) Sofreram lesão corporal e foram socorridos ao hospital pelo SAMU, em Boa Vista.



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

11 SET. 2019



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

POLÍCIA MILITAR - RR

(Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e que sou o(a) responsável por elas e o(a) criminoso(a) pelo crime de que trata o presente boletim de ocorrência, conforme previsto nos Artigos 336-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

11 SET. 2019

DAT

20 SET. 2019

Delegado de Polícia Civil: Juracy Ribeiro da Rocha

Impresso por: Jefferson Araújo

Data de Impressão: 20/09/2019

Protocolo nº: Não disponível



DELEGACIA DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Página 2 de 2

PPE - Processamento Eletrônico



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 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. ATAIDE TEIVE

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 PIABA
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 ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. David Sousa Magalhaes que Dirigia o Veículo 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. 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 daí origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAI
30 SET. 2019
AGENTE DE POLICIA
DELEGADO DE POLICIA CIVIL
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 30/09/2019 12:34
Protocolo nº: Não disponível

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:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 417/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Bairro:

Cidade:

Número:

Complemento:

E-mail:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3906

CONTA:

8203

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ 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.

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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)

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.

1 SET. 2019

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

11 SET. 2019

CIOPS

PMRR - BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 810323

Vtr INTEG. 01	SUCp CIPTUR	Data 28.02.2019	S/Setor LESTE	H/Transm 07:30	H/Ini 07:30	CH/H 07:50	H/Fir 09:20	
Cód. Oc. 1001-1003	Cód. Prov. 13010-13999	Cód. Ser. Prest. -X-X-X-X-X-	Km/Ini. ---	Km/Fin ---				

LOCAL DE OCORRÊNCIA

LOCAL: Av. Gal. Ataíde 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)

Enco

CARGO

ABC

LOCAL

DAT

HISTORICO

Senhor coordenador,

Accionados, via CIOPS, para o atendimento de ocorrência de acidente de trânsito 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 Ataíde 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 veículos haviam parados na faixa de pedestre antes do cruzamento.

Informo que foi acionada a viatura do SAMU para prestar auxílio 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 perícia devido aos veículos serem removidos por populares do local para evitar outro acidente, pois o fluxo de trânsito 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 veículos 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.

Wandelin Satino Gimaque da Silva
Wandelin Satino Gimaque da Silva

41.389-5

Nº

SD/PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp





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.

cof
live

1901078598	28/02/2019 08:22:03	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19		5	
Paciente MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA		Data Nascimento 09/01/1992		Idade 27 A 1 M 19 D		CNS		CPF	Prontuário
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 3567923	Órgão Emissor SSPRR	Data Emissão 15/02/2007	Sexo F	Estado Civil SOLTEIRO(A)PARDA	Raça/Cor SAO LUIZ DO ANAUÁ BRASILEIRA	Naturalidade - RR	Nacionalidade Contato	
Mãe ANTONIA DA HORA FERREIRA SILVA		Endereço RUA - FELIPE XAUD - 405 - BURITIS - BOA VISTA - RR		Pai JOAQUIM SILVINO DA SILVA		Contato (95) 99175-6672		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
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por: MICHELE.CAVALCANTE			
Queixa Principal <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> 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 05			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) - VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO MOTO - CARRO, DE ONTAPÁ NA OMBREIRA TRIZIDA, VELO SAMU COM									
Exame Físico IMOBILIZAÇÃO PRONTO. A, B, C, D: SÍNT. DE OSCILAÇÃO POSSÍVEL EM PERNAS D.B. EM P.B. BSA EM MMIS.									
Hipótese Diagnóstica POLITRAUMIA									
SADT - Exames Complementares <input checked="" 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						APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1) S. P. ZONA 2º GU 216						OK			
2) TSLATIL 40 2º GU 216						NHP			
Condução <input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: URTO PGP 12 Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____:____									
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica ____/____/____:____									
Assinatura do Paciente ou Responsável					Carimbo e Assinatura do Médico 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									

11 SET. 2019



1901078598

Ortopedia Dr. Anacleto
Acumto, Volume de trauma Contus PE
nos acidente moto x carro S.I.C
EF dor PE
Radiografia, fratura 5 falange proximal PE
H.O. fratura S.I.C
L.O. analgesia + imobilização + Petaloma

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185174



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

MATIANA 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

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

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052



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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Inácio de Souza

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

Maria de Jesus Figueira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.255.182 / 40

do sinistro de DPVAT cobertura Involidez da Vítima Maria de Jesus Figueira Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.255.182 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

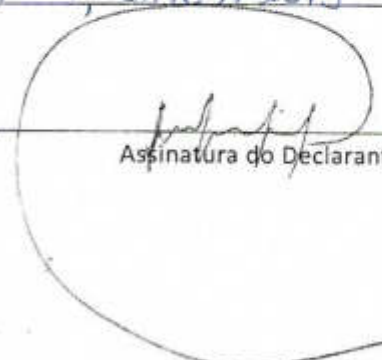
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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: <u>Rua Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309.209</u>	Tel.(DDD): <u>(95)98403.5060</u>

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


Assinatura do Declarante

11 SET. 2019

11 SET. 2019

CIOPS

PMRR - BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 810323

Vtr INTEG. 01	SUCp CIPTUR	Data 28.02.2019	S/Setor LESTE	H/Transm 07:30	H/Ini 07:30	CH/H 07:50	H/Fir 09:20	
Cód. Oc. 1001-1003	Cód. Prov. 13010-13999	Cód. Ser. Prest. -X-X-X-X-X-	Km/Ini. ---	Km/Fin ---				

LOCAL DE OCORRÊNCIA

LOCAL: Av. Gal. Ataíde 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)

Enco

CARGO

ABC

LOCAL

DAT

HISTORICO

Senhor coordenador,

Accionados, via CIOPS, para o atendimento de ocorrência de acidente de trânsito 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 Ataíde 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 veículos haviam parados na faixa de pedestre antes do cruzamento.

Informo que foi acionada a viatura do SAMU para prestar auxílio 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 perícia devido aos veículos serem removidos por populares do local para evitar outro acidente, pois o fluxo de trânsito 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 veículos 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.

Wandolino Satino Gimaque da Silva
Wandolino Satino Gimaque da Silva

41.389-5

SD/PM

CIPTUR

Nº

Posto/Graduação

SUOp





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.

cof
live

1901078598	28/02/2019 08:22:03	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	5
Paciente MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA		Data Nascimento 09/01/1992	Idade 27 A 1 M 19 D	CNS	CPF	Prontuário	
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 3567923	Órgão Emissor SSPRR	Data Emissão 15/02/2007	Sexo F	Estado Civil SOLTEIRO(A)PARDA	Raça/Cor SAO LUIZ DO ANAUÁ BRASILEIRA	Nacionalidade - RR
Mãe ANTONIA DA HORA FERREIRA SILVA	Endereço RUA - FELIPE XAUD - 405 - BURITIS - BOA VISTA - RR		Pai JOAQUIM SILVINO DA SILVA		Contato (95) 99175-6672	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	
Sector GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.	Registrado por: MICHELE.CAVALCANTE				
Queixa Principal <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> 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 05			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) - VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO MOTO - CARRO, DE ONTAPÁ NA OMBREIRA TRIZIDA, VELO SAMU COM							
Exame Físico IMOBILIZAÇÃO PRONTO. A, B, C, D: SÍNT. B: OSCILAÇÃO PERÍCIA NA PERNAS D.B. EM P.B. BSA EM MMIS.							
Hipótese Diagnóstica POLITRAUMIA							
SADT - Exames Complementares <input checked="" 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				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1) S.P. ZONA 2º GU 216				OK			
2) TSLATIL 40 J 216				NHP			
Conduta <input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: URTO PGP 12 Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____:____							
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica ____/____/____:____							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico 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							

11 SET. 2019

Ortopedia Dr. Anacleto
Acidente, vítima de trauma contuso PE(E)
nos acidente moto x carro S.I.C
EF dor PE(E)
Radiografia, fratura 5ª falange proximal PE(E)
H.O. fratura S.I.P.M. (E)
L.O. analgesia + imobilização + Petaloma

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185174



11 SET. 2019

BRASILEIRO

WILLIAMSON, J. W. 1993. The effects of the 1992-1993 El Niño on the distribution and abundance of the Pacific halibut, *Hoplunnichthys pacificus*, in the Bering Sea. *ICES J. Mar. Sci.* 50:111-121.

Address: 6101 13th Ave. S.W. - Bldg. 100

[illegible]

ALBERTO M. D. A. LOPES, PRESIDENTE, 1993-1994

100% satisfaction guarantee

WOLFE
WOLFE

© 1997 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

CONTACT:

1998

CONTACT

100-1000

1000

[illegible]

DE

12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913001

SEGA DO NOME DO
CONTABILIZANTE

1000

DOI: 10.1002/anie

100

DECEMBER

1991

© 2001 Blackwell Science Ltd

I E C I N D A

COMMENTS: A GROUP OF POLYMERIZATION REAGENTS, INCLUDING
A SET OF 10 MONOMER AND POLYMERIZATION



DECLASSIFIED BY 6032 APR 19 2000

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 161–167

Monna di Jacopo di Silve.

W

0-200

4427445

126,48384,66-0

CARTERA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL

MINISTERIO DO TRABALHO
E EMPREGO

TRABALHADOR

1. *Explain the importance of the following factors in the development of a country's economy:*
 a. *Human resources*
 b. *Capital resources*
 c. *Technology*
 d. *Government policy*
 e. *International trade*
 f. *Infrastructure*
 g. *Education*
 h. *Health care*
 i. *Environment*
 j. *Demography*
 k. *Political stability*
 l. *Legal system*
 m. *Religion*
 n. *Culture*
 o. *Language*
 p. *History*
 q. *Geography*
 r. *Climate*
 s. *Soil*
 t. *Water resources*
 u. *Mineral resources*
 v. *Energy resources*
 w. *Transportation*
 x. *Communication*
 y. *Finance*
 z. *Industry*
 aa. *Agriculture*
 ab. *Manufacturing*
 ac. *Services*
 ad. *Construction*
 ae. *Health*
 af. *Education*
 ag. *Transportation*
 ah. *Communication*
 ai. *Finance*
 aj. *Industry*
 ak. *Agriculture*
 al. *Manufacturing*
 am. *Services*
 an. *Construction*
 ao. *Health*
 ap. *Education*
 aq. *Transportation*
 ar. *Communication*
 as. *Finance*
 at. *Industry*
 au. *Agriculture*
 av. *Manufacturing*
 aw. *Services*
 ax. *Construction*
 ay. *Health*
 az. *Education*
 ba. *Transportation*
 bb. *Communication*
 bc. *Finance*
 bd. *Industry*
 be. *Agriculture*
 bf. *Manufacturing*
 bg. *Services*
 bh. *Construction*
 bi. *Health*
 bj. *Education*
 bk. *Transportation*
 bl. *Communication*
 bm. *Finance*
 bn. *Industry*
 bo. *Agriculture*
 bp. *Manufacturing*
 bq. *Services*
 br. *Construction*
 bs. *Health*
 bt. *Education*
 bu. *Transportation*
 bv. *Communication*
 bw. *Finance*
 bx. *Industry*
 by. *Agriculture*
 bz. *Manufacturing*
 ca. *Services*
 cb. *Construction*
 cc. *Health*
 cd. *Education*
 ce. *Transportation*
 cf. *Communication*
 cg. *Finance*
 ch. *Industry*
 ci. *Agriculture*
 cj. *Manufacturing*
 ck. *Services*
 cl. *Construction*
 cm. *Health*
 cn. *Education*
 co. *Transportation*
 cp. *Communication*
 cq. *Finance*
 cr. *Industry*
 cs. *Agriculture*
 ct. *Manufacturing*
 cu. *Services*
 cv. *Construction*
 cw. *Health*
 cx. *Education*
 cy. *Transportation*
 cz. *Communication*
 da. *Finance*
 db. *Industry*
 dc. *Agriculture*
 dd. *Manufacturing*
 de. *Services*
 df. *Construction*
 dg. *Health*
 dh. *Education*
 di. *Transportation*
 dj. *Communication*
 dk. *Finance*
 dl. *Industry*
 dm. *Agriculture*
 dn. *Manufacturing*
 do. *Services*
 dp. *Construction*
 dq. *Health*
 dr. *Education*
 ds. *Transportation*
 dt. *Communication*
 du. *Finance*
 dv. *Industry*
 dw. *Agriculture*
 dx. *Manufacturing*
 dy. *Services*
 dz. *Construction*
 ea. *Health*
 eb. *Education*
 ec. *Transportation*
 ed. *Communication*
 ee. *Finance*
 ef. *Industry*
 eg. *Agriculture*
 eh. *Manufacturing*
 ei. *Services*
 ej. *Construction*
 ek. *Health*
 el. *Education*
 em. *Transportation*
 en. *Communication*
 eo. *Finance*
 ep. *Industry*
 eq. *Agriculture*
 er. *Manufacturing*
 es. *Services*
 et. *Construction*
 eu. *Health*
 ev. *Education*
 ew. *Transportation*
 ex. *Communication*
 ey. *Finance*
 ez. *Industry*
 fa. *Agriculture*
 fb. *Manufacturing*
 fc. *Services*
 fd. *Construction*
 fe. *Health*
 ff. *Education*
 fg. *Transportation*
 fh. *Communication*
 fi. *Finance*
 fj. *Industry*
 fk. *Agriculture*
 fl. *Manufacturing*
 fm. *Services*
 fn. *Construction*
 fo. *Health*
 fp. *Education*
 fq. *Transportation*
 fr. *Communication*
 fs. *Finance*
 ft. *Industry*
 fu. *Agriculture*
 fv. *Manufacturing*
 fw. *Services*
 fx. *Construction*
 fy. *Health*
 fz. *Education*
 ga. *Transportation*
 gb. *Communication*
 gc. *Finance*
 gd. *Industry*
 ge. *Agriculture*
 gf. *Manufacturing*
 gg. *Services*
 gh. *Construction*
 gi. *Health*
 gj. *Education*
 gk. *Transportation*
 gl. *Communication*
 gm. *Finance*
 gn. *Industry*
 go. *Agriculture*
 gp. *Manufacturing*
 gq. *Services*
 gr. *Construction*
 gs. *Health*
 gt. *Education*
 gu. *Transportation*
 gv. *Communication*
 gw. *Finance*
 gx. *Industry*
 gy. *Agriculture*
 gz. *Manufacturing*
 ha. *Services*
 hb. *Construction*
 hc. *Health*
 hd. *Education*
 he. *Transportation*
 hf. *Communication*
 hg. *Finance*
 hh. *Industry*
 hi. *Agriculture*
 hj. *Manufacturing*
 hk. *Services*
 hl. *Construction*
 hm. *Health*
 hn. *Education*
 ho. *Transportation*
 hp. *Communication*
 hq. *Finance*
 hr. *Industry*
 hs. *Agriculture*
 ht. *Manufacturing*
 hu. *Services*
 hv. *Construction*
 hw. *Health*
 hx. *Education*
 hy. *Transportation*
 hz. *Communication*
 ia. *Finance*
 ib. *Industry*
 ic. *Agriculture*
 id. *Manufacturing*
 ie. *Services*
 if. *Construction*
 ig. *Health*
 ih. *Education*
 ii. *Transportation*
 ij. *Communication*
 ik. *Finance*
 il. *Industry*
 im. *Agriculture*
 in. *Manufacturing*
 io. *Services*
 ip. *Construction*
 iq. *Health*
 ir. *Education*
 is. *Transportation*
 it. *Communication*
 iu. *Finance*
 iv. *Industry*
 iw. *Agriculture*
 ix. *Manufacturing*
 iy. *Services*
 iz. *Construction*
 ja. *Health*
 jb. *Education*
 jc. *Transportation*
 jd. *Communication*
 je. *Finance*
 jf. *Industry*
 jg. *Agriculture*
 jh. *Manufacturing*
 ji. *Services*
 jj. *Construction*
 jk. *Health*
 jl. *Education*
 jm. *Transportation*
 jn. *Communication*
 jo. *Finance*
 jp. *Industry*
 jq. *Agriculture*
 jr. *Manufacturing*
 js. *Services*
 jt. *Construction*
 ju. *Health*
 jv. *Education*
 jw. *Transportation*
 jx. *Communication*
 jy. *Finance*
 jz. *Industry*
 ka. *Agriculture*
 kb. *Manufacturing*
 kc. *Services*
 kd. *Construction*
 ke. *Health*
 kf. *Education*
 kg. *Transportation*
 kh. *Communication*
 ki. *Finance*
 kj. *Industry*
 kk. *Agriculture*
 kl. *Manufacturing*
 km. *Services*
 kn. *Construction*
 ko. *Health*
 kp. *Education*
 kq. *Transportation*
 kr. *Communication*

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

O Conselho de Administração da Companhia

... and the ...

2015 RELEASE UNDER E.O. 14176

11 SET. 2019

11 SET. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG / CLASSIFICACAO
114807 SSP RR

CPF
383.051.511-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01.019.2304

VALIDADE
29/01/2021

Nº HABILITACAO
15/12/1999

OR SERVAÇ. DES

ASSIN. NA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - ROFAIMA

DATA DE EMISSAO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

ASSCELINO KUNTSCHIK PEREIRA
DELEGADO PRESIDENTE

SIGNATURA DO EMISSOR

DETRAN - RR ROFAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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:	3567923 SSP/R
ENDEREÇO:	Rua: Filipe Xaud, nº 405, Curitiba

OUTORGADO

NOME:	Iloir Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.804 SSP/R
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão nº 1832 Curitiba

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



Maria de Jesus Pereira Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

11 SET. 2019

CARTÓRIO LOUREIRO
 DR. JOZIEL LOUREIRO
 TABELÃO E REGISTRADOR
 AV. VILHENA, 156 - BOA VISTA - RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
 (assinatura) MARIA DE JESUS PEREIRA SILVA
 NPR. Em teste de verdade Boa Vista, 21/08/2019
 Emol: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10, TOTAL: 3,90
 Selo: REC FIR 158345 OSV7CUJ83 UPTKZ84
 Consulte seu selo: <https://cidadao.portalcelorrr.com.br>
 CPF Solicitante: 01525518240

Dr. Edil Severino de Sousa Junior
 Tabelião Substituto
 Cartório Loureiro

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315591/19

Vítima: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

CPF: 015.255.182-40

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 28/02/2019

Titular do CPF: MARIA DE JESUS
FERREIRA SILVA

CPF de: Próprio

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

Data da entrega: 11/09/2019
Nome: MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA
CPF: 015.255.182-40

MARIA DE JESUS FERREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO