



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ERIVALDO GARCIA LAVOR**
Nº Sinistro: **3180455933**
Vitima: **ERIVALDO GARCIA LAVOR**
Data do Acidente: **06/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180455933**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

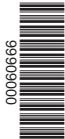
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

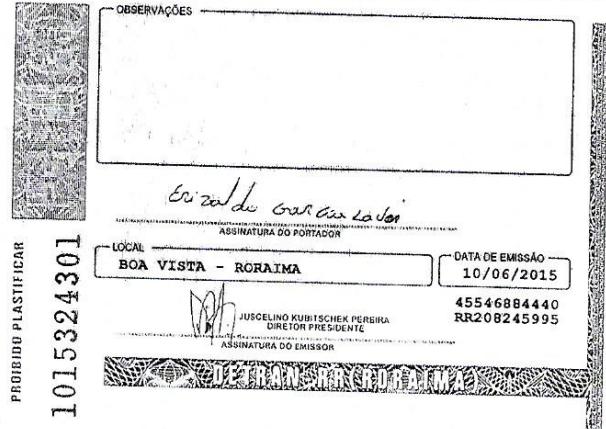


PROCURAÇÃO

Eu, ERIVALDO GARCIA LAVOR, brasileiro (a), SOLTEIRO, CARPINTEIRO, portador (a) do RG nº 140043, inscrito (a) no CPF sob o nº 633.157.693-49, residente e domiciliado (a) na RUA 59050-00000-0000, nº 1043, Bairro AVIOPAR, Boa Vista-RR, CEP 69.317-363, telefone nº (95) 999141-9599, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida *Sabá Cunha*, nº 1479, *Jardim Caranã*, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos prante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para propor ação judicial de cobrança de Seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 10 de Januário de 2019.

Erivaldo Garcia Lavor
OUTORGANTE



16/01/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

		FICHA DE ATENDIMENTO								
 Unidade: Alfa		Equipe: Elonessa / Loco								
Paciente: Eduardo Garcia Loco								Idade: 47 Sexo: MAE		
Endereço: Rua: monteiro B jardim Rainha da paz super. matoes										
CHAMADA	Nº 3675	DATA 06/03/18		HORA: 15:45 g/10 15:47 g/10 15:53						
	Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dr. Carlos Nunes									
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no centro do acidente)	MOTIVO <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO									
	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Cinto SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão				MOTO: colisão x carro <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> Capacete <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento Colisão com carro		VIOLENCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento		OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:	
	BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão				<input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:					
	AVALIAÇÃO INICIAL									
	Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Outro: Apneia		Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa M. espontâneo		Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input checked="" type="checkbox"/> taquicárdico <input type="checkbox"/> Arrítmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente		Aval. Neurológica <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miase <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorréia <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorrágia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV			
	SINAIS VITAIS E ESCORES									
	Horas	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR	
	Inicio	1555 130 80	34	28	97	-	-	15		
	Fim	-	-	-	-	-	-	15		
	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA									
Pele <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input checked="" type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Umida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica		Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. <input type="checkbox"/> Penetrante		Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Ferimento ocular		Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento		
Pélvis <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade				Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Luxações		Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração		
AVALIAÇÃO CARDIACA				AFFEÇÃO CLÍNICA				HISTÓRIA PEGRESSA		
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar		<input type="checkbox"/> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia		<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular		<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso		
GRAVIDADE COMPROVADA <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA		<input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE		<input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA		<input type="checkbox"/> OUTRO		neg		
ÁREA DE SINISTRA Assinatura do Cabo Médico (Unidade de Destino)										
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO										
28 SET 2018										
MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS										
<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input checked="" type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros: Bombeiro III										
DADOS PESSOAIS DA VITIMA										
RCF <input type="checkbox"/> Iniciada as: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs:										
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR										

CONFERE COM ORIGINAIS
EM 20/03/2018
Sefranze

Maci. Bonsucesso

DESTINO	<input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
			28 SET 2018

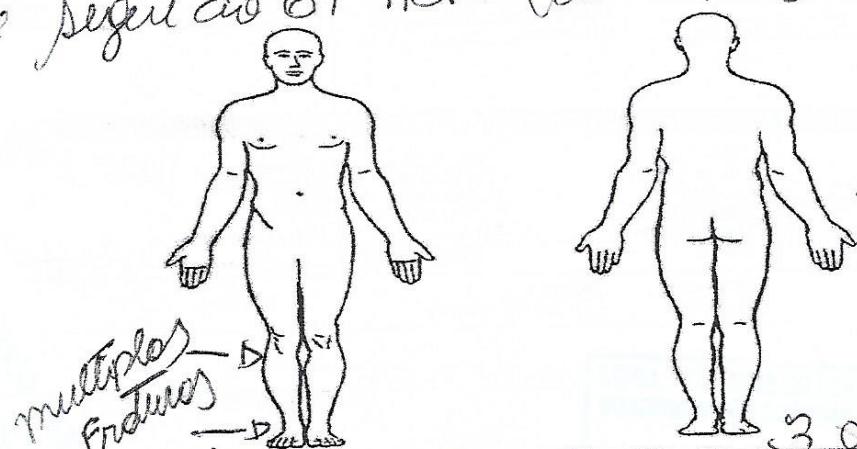
ENTENDE DO PACIENTE	Descrição:	CENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Vila Bozerra 444 - Boa Vista - RR	
	Nome do Receptor:		
	Função do Receptor:		
	Assinatura do Receptor:		
TERMO DE RECUS A	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:		
	Assinatura do Paciente:	RG:	

Meusss fomos acionados para ocorrência de natureza Traumática carro x moto, chegando ao local, vítima (moto) de solo, pele e de sexo masculino, este verbalizado, consciente. Apresentando nítivel fratura em membro inferior. segundo (fractura Fibular) com luxação óssea, múltiplas escoriações. Pedimos apoio

		ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE DO TRAUMA	
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala		
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 <input checked="" type="checkbox"/>	10 - 24	4 <input checked="" type="checkbox"/>
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 <input type="checkbox"/>	25 - 35	3 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 <input type="checkbox"/>	≥ 36	2 <input type="checkbox"/>
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 <input type="checkbox"/>	01 - 09	1 <input type="checkbox"/>
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Balbucia	5 <input type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
	Confuso	Choro irritado	4 <input type="checkbox"/>	> 90	4 <input checked="" type="checkbox"/>
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3 <input type="checkbox"/>	70 - 89	3 <input type="checkbox"/>
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2 <input type="checkbox"/>	50 - 69	2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	01 - 49	1 <input type="checkbox"/>
Melhor Resposta Mótila	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 <input type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
	Localiza a dor	Retira ao toque	5 <input type="checkbox"/>	14 a 15	5 <input checked="" type="checkbox"/>
	Flexão normal	Retira a dor	4 <input type="checkbox"/>	11 a 13	4 <input type="checkbox"/>
	Flexão anormal	Flexão normal	3 <input type="checkbox"/>	8 a 10	3 <input type="checkbox"/>
	Extensão a dor	Flexão anormal	2 <input type="checkbox"/>	5 a 7	2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	3 a 4	1 <input type="checkbox"/>
	ESCALA DE GLASGOW		Escala do Glasgow	ESCORE DO TRAUMA	

Passado ao médico Regulador. (15) (13)

Realizado acesso venoso + analgesia.
Paciente segue ao GT-HGR (com UTR Brava III)



Vanessa Judith dos S. Rubin
Tec. de Enfermagem
SAMU B - COREN: 795.095 R.E.

3 estadios 12 cm

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	Agua R. 1.500 mL	10mp. dipirona + 10mp. Tildil 20mg
Perda de líquido:	BCF:	3 doses de lacto 6	
[] Com cartão	[] Sem cartão		

3 + 1 - 10 P

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 518/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 26/09/2018.

COMUNICANTE: ERIVALDO GARCIA LAVOR

RG: 140843 SSP/RR CPF: 633.157.692-49

ENDEREÇO: RUA EXPEDITO DE PAULA RODRIGUES, N° 1042 - BAIRRO: ALVORADA : BOA VISTA

SEXO: MASCULINO - PROFISSÃO: CARPINTERO

NATURALIDADE: SANTARÉM - PA

DATA DE NASCIMENTO: 24/11/1975

IDADE: 43 ANOS GRAU DE INST: ENS. FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 99121-2485 N° REG. CNH: 04939515595

NOME DO PAI: GONÇALO DAMASCENO LAVOR

NOME DA MÃE: FRANCISCA GARCIA

O comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que por volta das 15h57min do dia 06/03/2018, conduzia a motocicleta Honda NXR 160 BROS ESDD, de placa nay-5821, CHASSI 9c2kd0810fr408876, RENAVAN 01036388376, momento em um veículo que estava em sua frente, não sabendo informar marca ou modelo, freio para não cair em buraco, tendo o comunicante que acionar o freio da motocicleta de forma abrupta, o que fez com que o pneu dianteiro de sua motocicleta viesse a derrapar, levando o comunicante ao solo. Que devido o seu ferimento na perna, uma equipe do SAMU foi chamado ao local do sinistro para encaminhar o comunicante ao HGR, onde passou por atendimento médico. Que não apresenta testemunhas. Que o referido B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

AGENTE DE POLICIA CIVIL

Mat. N° 042000925

Erivaldo Garcia Lavor
ERIVALDO GARCIA LAVOR
COMUNICANTE

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que deu origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciaçāo caluniosa e 340-comunicacāo falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."



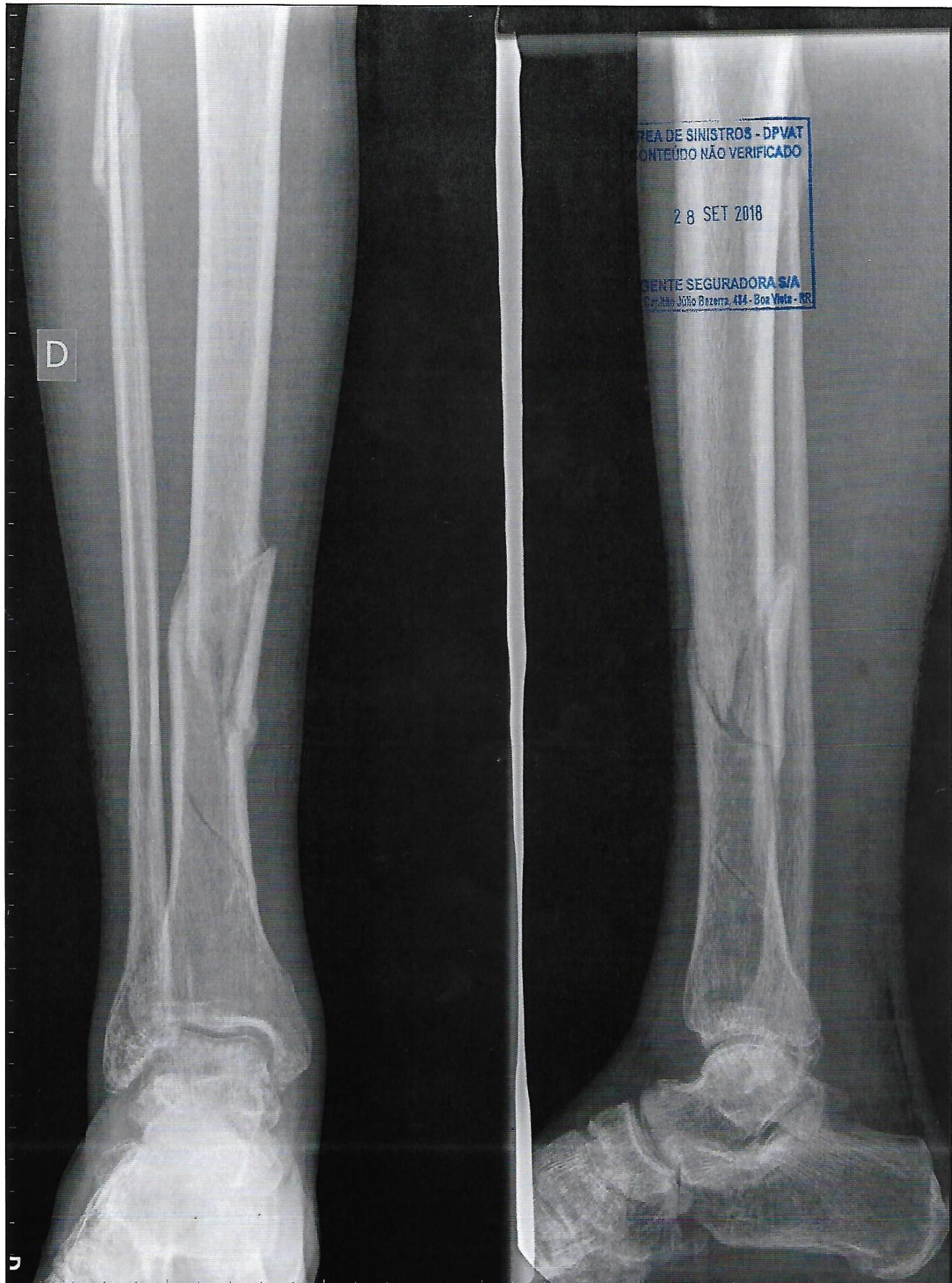
16/03/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA						DIURNO 07-19	26
Paciente ERIVALDO GARCIA LAVOR	06/03/2018 16:31:57	Data Nascimento 24/11/1975	Idade 42 A 3 M 12 D	CNS	CPF 63315769249	Prontuário	
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 140843	Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão Sexo M	Estado Civil Raça/Cor PARDA	Naturalidade	Nacionalidade BRASILEIRA	
Mãe FRANCISCA GARCIA				Pai NI	Contato (95) 99161-7511	Ocupação NÃO INFORMADA	
Endereço - AVENIDA DOS IMIGRANTES - 754 -							
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	
Selor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.				Registrado por: ELENILDA.SILVA
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>Acidente de moto com fratura no braço</i>						
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>16/03/2018</i>						
Exame Físico	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO <i>28 SET 2018</i>						
Hipótese Diagnóstica	GENTE SEGURADORA S/A <i>Av. Capitão Julio Bezerra, 414 - Boa Vista - RR</i>						
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
<i>12/03/2018 (EV)</i> <i>→ Tornozelo do lado (EV)</i>							
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
Óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
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			
Impresso por: elenilda.silva Data Hora: 06/03/2018 16:33:41				 VIRE			
				 1800917631			



PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 002

ERVILDO GARCIA LAVOR

26/06/2018

D/N 24/11/1975

TR ENILSON

66,6 %

MEMBROS INFE

26/09/2018

Via de Pagamento para o mes/ano: 09/2018 referente a UC: 734985



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE
GARCEZ, 691, CENTRO -
BOA VISTA

CNPJ:
02.341.470/0001-
44 IE:
240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1407084

FRANCISCA GARCIA DE LAVOR

R. ESPEDITO DE PAULA RODRIGUES, 1042 ,

ALVORADA 69317263 BOA
VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
734985	09/2018	10-AUG-18 a 10-SEP-18
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
836	11-OCT-18	R\$ 503,33

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cecília Meireles, 484 - Boa Vista - RR

recorte aqui

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, ERIVALDO GARCIA INJOR, brasileiro
(a), SORRISO, CARPINTOIRO, portador (a) do RG nº
140843, inscrito (a) no CPF sob o nº 633.157.692-49, residente e
domiciliado (a) na BOA VISTA/RR, RODRIGO SOUZA, nº 1040, Bairro
ALVORADA, Boa Vista-RR, CEP 69.312-063, telefone
nº (95) 99141-9599, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 10 de JANUÁRIO de 2018.

Erivaldo Garcia Injor
DECLARANTE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sandra Aparecida R. de Oliveira,
RG nº 155.023, data de expedição 05/05/13,
Órgão SSP RR, portador do CPF nº 840.598.772-04, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Jose Alencar, nº 1603, complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Erivaldo Garcia Lavor, cujo o condutor era
Erivaldo Garcia Lavor.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: Honda/NXR 160 Bros ESDD
Ano: 2014 - 2015
Placa: NAY-5821
Chassi: 9C2KD0810FR408876
Data do Acidente: 06/03/2018
Local e Data: Boa Vista, RR 11/07/2018



Sandra Aparecida Oliveira de Oliveira

Assinatura do Declarante

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



NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.