

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUAN CASTRO DE AGUIAR

Nº Sinistro: 3180337564

Vitima: LUAN CASTRO DE AGUIAR

Data do Acidente: 12/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180337564**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUAN CASTRO DE AGUIAR

Nº Sinistro: 3180337564

Vitima: LUAN CASTRO DE AGUIAR

Data do Acidente: 12/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180337564**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LUAN CASTRO DE AGUIAR

Nº Sinistro: 3180337564

Vitima: LUAN CASTRO DE AGUIAR

Data do Acidente: 12/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180337564**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

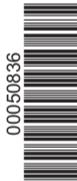
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

028.674.312-47

Nome completo da vítima

Ivan Castro de Aguiar

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Ivan Castro de Aguiar	CPF titular da conta	028.674.312-47	Profissão	Eletricista
Endereço	R. Tomás de Almeida Silveira	Número	1067	Complemento	
Bairro	Boa Vista	Estado	Roraima	CEP	69.300-00
Email	IL03ERR@hotmail.com	Telefone (DDD) (95) 9 3125-9528			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (231) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
Nº: 6953
(Informar dígito se existir)

CONTA
Nº: 20574
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	BNB
AGÊNCIA	DN
CONTA	DN
(Informar dígito se existir)	
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ivan Castro de Aguiar
Local e Data

Ivan Castro de Aguiar

Campe 1 - Assinatura do Beneficiário

Campe 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015776/2018

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

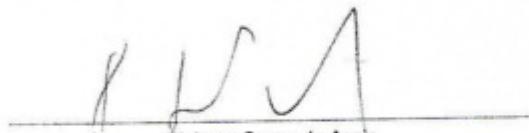
RELATO/HISTÓRICO

Senhor(a) Delegado(a) desta DP,
TEXTO EXATO CONFORME ROP PM 808459

Informo que fomos acionados via Ciops para atender uma ocorrência de acidente de trânsito com danos materiais e vítima no endereço acima citado, no local uma equipe do SAMU realizava os primeiros socorros no srº Luan e em seguida o conduziram ao PSE para atendimento médico especializado, ao perguntar sobre o ocorrido fomos informados por populares que o srº Valdecy trafegava na rua: Julio Pinto sentido bairro centro conduzindo seu automóvel GM/S10 quando acabou colidindo com a motocicleta YAMAHA/YBR conduzida pelo srº Luan que trafegava na rua: Berlaminio Fernandes Magalhaes sentido (av. Princesa Isabel av. Carlos Pereira de Melo.). Informo que no local não existe nenhum tipo de sinalização de trânsito no local e que o srº Valdecy foi orientado e liberado com seu respectivo que se encontrava em situação legal. A motocicleta ficou sob responsabilidade da srª Ines da Silva Tizolim CNH: 02451921460.

Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS



Glebson Souza de Assis
Responsável pelo Atendimento

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

17 JUL. 2018
DOCUMENTO
ORIGINAL





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT
“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°
015776/2018 – 4º DISTRITO POLICIAL**

O Srº.

NOME: LUAN CASTRO DE AGUIAR.

RG: 4072928 SSP/RR.

SEXO: MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO: 16/04/1997.

TELEFONE: 99154-5275

ENDEREÇO: AV: Emilia da Silva Lavor, N° 1067, BAIRRO Caranã.

CIDADE: BOA VISTA-RR.

O comunicante (conforme cópia anexa), compareceu nesta especializada, para aditar/acrescentar no Boletim de Ocorrência supracitado, o seguinte:

- PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA: KARINA TIZOLIN NOGUEIRA**
- CHASSI: 9C26KE092060034415**
- PLACA: NAM-0264**
- CPF DO PROPRIETÁRIO: 934.638.982-68**

É o aditamento/acríscimo.

Boa Vista - RR, 28 de maio de 2018

**Agente de Policia Civil
Responsável pelo Atendimento**

luan castro de aguiar
LUAN CASTRO DE AGUIAR
Comunicante

17 JUL. 2018

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

ORI

ORIGINAL

CIPTUR PMRR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

808459

Vtr 107	SUCp Ciptur	Data 12.04.2018	S/Sector Leste	H/Transm ---	H/Ini 18:20	CH/H -	H/Fim 19:00
Cód. Oc. 1001	Cód. Prov. 13999	Cód. Ser. Prest. -----	Km/Ini. 32609	Km/Fim 32615			

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Rua/Av: Rua: Júlio Pinto com rua: Berlaminio Fernandes Magalhaes Bairro: Tranquedo Neves Refe.: Cruzamento

PESSOAS RELACIONADAS

¹ Envolvido Nome: Luan Castro de Aguiar Idade: 21 E. Civil: Solteiro

Endereço: Av. Emilia da Silva Lavor Nº1067 bairro: Caranã

Edt. R.G 4072928 SSP RR CNH 06574526513 Profissão: Eletricista

² Envolvido Nome: Valdecy de Oliveira Cena Idade: 45 E. Civil: Casado

Endereço: Rua: Das Muzendras Nº111 bairro: Jardim Primavera

Edt. R.G 244270 SSP/RR CNH 01668222123 Profissão: Empresario

Veículos envolvidos

O item 01 conduzia a motocicleta YAMAHA/YBR 125 na cor verde de placa: NAM0264

O item 02 conduzia o automóvel GM/S10 na cor Cinza de placa: JXH7187

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): não houve conduzidos ou material apreendido.

ASSINATURA CARGO APC LOCAL MDP

HISTÓRICO

Senhor(a) Delegado(a) desta DP,

Informo que fomos acionados via Ciops para atender uma ocorrência de acidente de trânsito com danos materiais e vítima no endereço acima citado, no local uma equipe do SAMU realizava os primeiros socorros no srº Luan e em seguida o conduziram ao PSE para atendimento médico especializado, ao perguntar sobre o ocorrido fomos informados por populares que o srº Valdecy trafegava na rua: Júlio Pinto sentido bairro → centro conduzindo seu automóvel GM/S10 quando acabou colidindo com a motocicleta YAMAHA/YBR conduzida pelo srº Luan que trafegava na rua: Berlaminio Fernandes Magalhaes sentido (av. Princesa Isabel → av. Carlos Pereira de Melo.).

Informo que no local não existe nenhum tipo de sinalização de trânsito no local e que o srº Valdecy foi orientado e liberado com seu respectivo que se encontrava em situação legal. A motocicleta ficou sob responsabilidade da srª Ines da Silva Tizolim CNH: 02451921460.

Era o que tinha a relatar.

Yukio Hideshima Neto

41401-8

Ne

SOLDADO

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOP

17 JUL. 2018

DOCUMENTO
ORIGINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Iquon Castro de Aguiar

CPF da Vítima

028.674.312-47

Data do Acidente

12/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

 São Paulo, 17 de Julho de 2018.
 Local e Data

 Iquon Castro de Aguiar
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Pesquisa Universitária
Único de
Saúde

FORMATO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DA SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
4612	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	4 - CNES
4612	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - RG DO PACIENTE			
Luis Otávio da Motta				
7 - CERTIDÃO NACIONAL DE Nascimento (CEN)	8 - DATA DE NASCIMENTO			
2101149413121131619171716	16/04/1971			
9 - SEXO	m			
10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL	11 - FONE DE CONTATO (ESTRUTURA)			
Maria Lúcia de Souza Cruz				
12 - ENDERECO (RUA, N°, Bairro)	13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. FÔSIS MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
Rua Nova Amazonense Piso 4				

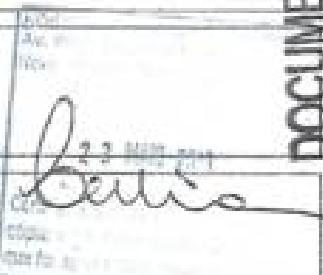
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Por volta das 10h15min da tarde ontem
já havia voltado em face de sua
própria

18 - CÓDIGO (19-25) JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

770 fígado obstruído



19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVOS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

próstata + ex. fígado

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

lega extensa para trás

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 9 SECUNDÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
10100-9			
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - RP DOCUMENTO (PROFISSIONAL, SOLICITANTE/ASSISTENTE)
010100-9	10100-9	1 - CNES	1 - CNP
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	32 - ASSINADURA E CUSPIMENTO RP DO REGISTRO DO CONSELHO	
DR. BRAGA	17/04/18	0308010019 - T013	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÉCNICO	35 - CNAE DA EMPRESA	36 - CNAE DA EMPRESA
37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍCULO COM A PREVIDÊNCIA 1 - EMPREGADO	1 - EMPREGADA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CNAE DA EMPRESA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

38 - CNPJ DA SEGUROADORA

39 - N° DO TÍTULHO

40 - SÉRIE

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
1 - CNES	1 - CNP	1 - CNP
44 - LDO. ORIGINAIS DA CONS	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
	0308010019 - T013	

46 - NOME DA AUTORIZAÇÃO	47 - NOME DO CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
17/04/18	0308010019 - T013

DOCUMENTO

ORIGINAL 17 JUL. 2018



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Severo Lira da Silva 20 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 12/10/16, COM
DIAGNÓSTICO DE severo lira da silva mels na p16

NO DIA 11/11, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
colabreclenopexia SENDO

OPERADO PELO DR. Vítor Paiva E DR. Wlker Brilhante

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 16/10/16 AS 12:00, EM
POM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 02/05/17, AS 19:00, COM O
DR. Wlker Brilhante

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO, EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

17 JUL. 2018

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOU ORDEM: SÉCÃO DO DR.

BOA VISTA b 09 18

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
PROFISSIONAL MÉDICO

7421-4

17 JUL. 2018

1881-2011

1175-1176

20

40

IMES DA SILVA TIZOLIM
AV. DUTRA 3 LAVOR 1867 CARANCA
CEP: 69.313-566 - BOA VISTA

1000

RESUMEN DE LA ECONOMIA		RESUMEN DE LA ECONOMIA	
Alza	334%	Alza	28,457,011
Alza	32661	Alza	21,781,011
Comercio de Materiales	1,000	Producción	22,055,011
Comercio Mundial	103	Uso	19,041,011
Comercio Público	802	Producción	20,941,011
		FCAN	
NORMAL			

Propriedade	Logradouro	Número	Estado	UF	Mês de emissão
RESIDENCIAL	ST	11608003840	15.12769	1.1.1.1.1	01/2011

DATA	VALOR	DETALHES	VALOR
MAR/18	781	CONSIGNO 800 A R\$ 0.558811 -	453,51
FEV/18	944	CORRECAO MONETARIA DA 02/18-00	9,03
JAN/18	849	CORRECAO MONETARIA 10 02/18-00	9,10
DEZ/17	919	MULTA POR ATRASO DE I 02/18-00	9,75
NOV/17	919	JUROS DE HORA POR ATR 02/18-00	9,10
OUT/17	1029	MULTA POR ATRASO 02/18-00	10,10
SET/17	814	JUROS DE HORA DE INFO 02/18-00	8,83
AGO/17	939	ILUMINACAO PUBLICA	9,10
JUL/17	584		
JUN/17	589		
TOTAL DE DEBITOS:			
	7 430 - 2.457,71		

1169-000070192018-1-FAGA-0040-1014100011-11-20-20
Parecer. Até o dia 18/04/2018, não constatou Fatores que violam
essa Unidade Consumidor.

ESTADO DE MÍNASSAIS GERAIS
CNPJ: 00.320.000/0001-01
CNPJ: 00.320.000/0001-01
CNPJ: 00.320.000/0001-01

Indicador	Valor	Unidade
Desemprego	133,42	milhares
Emprego	221,44	milhares
Transversal	0,00	milhares
Desemprego	9,22	milhares
Média	82,43	milhares
Base de Cálculo		451,91
Média CDB		17,000
Valor do CDB		79,75
Valor do PIB		0,99
Valor da Cotação		4,69

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

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.

¹Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reasseguro.

²Conselho 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 Iber Imacílio de Souza, inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.612 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ivuan Castro de Aguiar, inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.674.312 / 47, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade, da Vítima Ivuan Castro de Aguiar, inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.674.312 / 47, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua: Antônio Pumheino Galvão	Número	1832
Bairro	Buritis	Estado	RR
Cidade	Boa Vista	CEP	69.309 - 203
Email	IT01ERR@hut-mail.com	Telefone comercial (DDI)	(95) 98125-9533

Boa Vista - RR, 17 de julho de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Karina Tizolim Nogueira,
RG nº 422561-9, data de expedição 21/02/11,
Órgão SSP, portador do CPF nº 030.719.542-20, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Av. Família da
Silva Jover, nº 1067,
Bairro: Coroná, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Isauro Castro de Aguiar,
cujo o condutor era Isauro Castro de Aguiar.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Yamaha YBR 125 - verde

Ano: 2007

Placa: NAM 0264

Chassi: 2006 9C6KE092060034415

Data do Acidente: 12/04/18

Local e Data: Boa Vista/RR, 11/07/18

Karina Tizolim Nogueira
Assinatura do Declarante

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



DOCUMENTO
ORIGINAL

17/01/2018

BLOCO A

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



13/04/18
13/04/18

DIURNO 07-19 38

1800935437 12/04/2018 18:47:39

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente **LUAN CASTRO DE AGUIAR** Data Nascimento **16/04/1997** Idade **20 A 11 M 26 D** CNS **801434321369776** CPF **02867431247** Prontuário **164654**
 Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **4072928** Órgão Emissor **SESP/AM** Data Emissão **15/03/2010** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **MANAUS - AM** Nacionalidade **BRASILEIRA**
 Mãe **MAISE CASTRO DA CRUZ** Pai **LUIZ JERONIMO DE AGUIAR** Contato **(95) 99133-0411**
 Endereço **RUA - PA NOVA AMAZONIA POLO 4 --- BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.	Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL			ELENILDA.SILVA	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

amnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
amnese - (HORA DA CONSULTA - 1854 m)	AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	

amnese - (HORA DA CONSULTA - **1854** m)
 Colisão moto x corre em alta velocidade
 Fratura exposta em pé **†** e trauma
 de coluna toraco-lombar
 #feita analgesia no SAMU

Hipótese Diagnóstica

Polidrauma

SADT - Exames Complementares

RÁIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

PREScrição	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Neutrofina 10mg @ fazer 4ml	NTF	
		3 MAIN
		Beira

Conduta

- Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transferência para: **ORTO PCBIA**

- Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
 Data e Hora da Saída/Alta: **/ /**

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família

IMI - Unidade Hospitalar Geral **/ /**

Dra. Daniela Gago
 Médica Clínica Geral
 CRM-RR 1690
 Carimbo e Assinatura do Médico

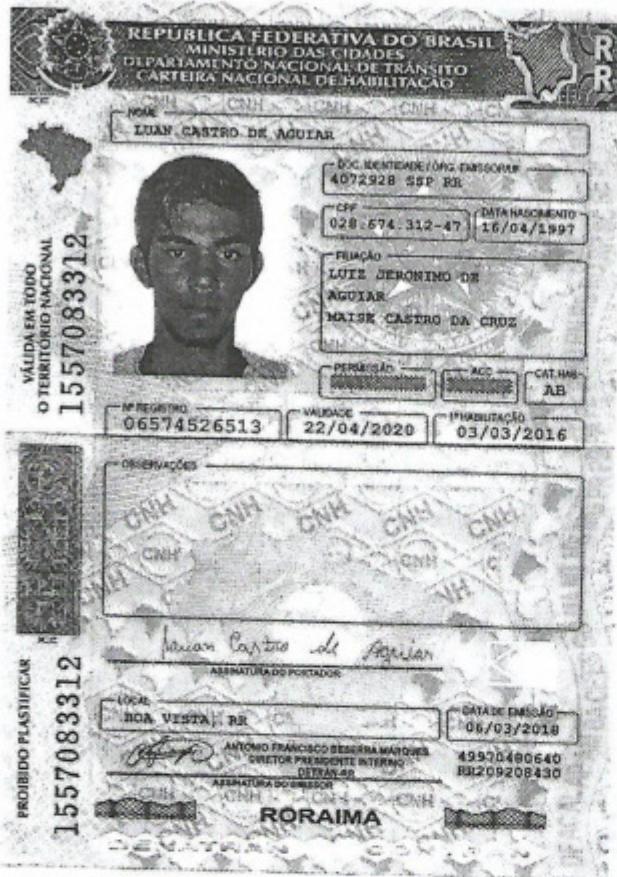
**DOCUMENTO
ORIGINAL**

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: **elenilda.silva**
 Data Hora: **12/04/2018 18:48:48**

ISSN 1678-8797
 SEPECOR - Sistema de Encaminhamento
 de Emergências em Saúde
 ISSN 1678-8797





17 JUL. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

卷之三

980151096

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NO ^{ME} :	Luan Castro de Aquino	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Autônomo	
IDENTIDADE:	4072928	
ENDEREÇO:	P. A Nen Amazona Bloco 4 - Lote 3	

OUTORGADO

NOME:	Thierry Tricote de souza.
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	artesano
IDENTIDADE:	114 807 559. RR
ENDERECO:	Rua Antônio Pedroso Góes, 1833, Bento

Pelo presente instrumento Particular de Procuraçao, nomeo 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..

18/ de abr/ de 2018



LOCAL E DATA

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

* Juan Castro de Aguiar

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



FINAL

17 JUL. 2018