

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

Carta nº 13146047



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 LÍDER 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

Juan Castro de Aguiar

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Juan Castro de Aguiar	CPF titular da conta	028.674.312-47	Profissão	Eletricista
Endereço	Av. Emba da Silva Parer	Número	1067	Complemento	
Bairro	Caraná	Cidade	Boa Vista	Estado	Roraima
E-mail	JLOZRRR@hotmail.com	CEP	69.300-00	Telefone (DDD)	(95) 93125-9538

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ 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

- ☒ **CONTA POUANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☒ ITAU (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
 6953

CONTA
 20574

D.V.
 4

(Informar dígito se existir)

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
 Nome

AGÊNCIA
 0001

CONTA
 0001

D.V.
 0001

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Boa Vista - RR 17 de Julho de 2018

Local e Data

Juan Castro de Aguiar

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

LANÇADO
NO PPE



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015776/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/04/2018 19:27 Data/Hora Fim: 12/04/2018 19:38
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 808459 Data: 12/04/2018
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegário Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/04/2018 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: R: JULIO PINTO/BELAMINIO FERNANDES MAGALHÃES

Bairro: Tancredo Neves

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: Acidente Com Lesões	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: VALDECY DE OLIVEIRA CENA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Profissão: Empresário

Nome da Mãe: Rg 244270

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R: das muzendras

Bairro: JARDIM PRIMAVERA

Nº: 111

Nome: LUAN CASTRO DE AGUIAR (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Rg 4072928 Ssp/rr

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV: emília da silva lavor

Bairro: Caranã

Nº: 1067

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Confere com original

Data: 06/06/2018

Givanildo da Silva Vieira

Assinatura

Givanildo da Silva Vieira

Agente Carcerário de Polícia Civil

Mat. 042000908

Representante: Soldado Yukio Hideshima Neto



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegário Gomes
Impresso por: Glebson Souza de Assis
Data de Impressão: 12/04/2018 19:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

DOCUMENTO
ORIGINAL

17 JUL, 2018

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

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

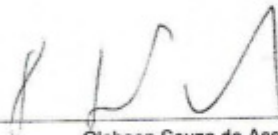
☒ Informo

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: Berlamínio Fernandes Magalhães 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 direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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 Nº
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, Nº 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/acrécimo.

Boa Vista - RR, 28 de maio de 2018

**Agente de Policia Civil
Responsável pelo Atendimento**

**LUAN CASTRO DE AGUIAR
Comunicante**

17 JUL. 2018

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

OR.

ORIGINAL

CIPTUR PMRR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº

SÉRIE J

808459

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

LOCAL DE OCORRÊNCIA

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

PESSOAS RELACIONADAS

¹ Envolvido	Nome: <u>Luan Castro de Aguiar</u>	Idade: <u>21</u>	E. Civil: <u>Solteiro</u>
Endereço: <u>Av. Emília da Silva Lavor Nº1067 bairro: Caranã</u>			
Edt. R.G	<u>4072928 SSP RR</u>	CNH	<u>06574526513</u>
Profissão:	<u>Eletricista</u>		
² Envolvido	Nome: <u>Valdecy de Oliveira Cena</u>	Idade: <u>45</u>	E. Civil: <u>Casado</u>
Endereço: <u>Rua: Das Muzendras Nº111 bairro: Jardim Primavera</u>			
Edt. R.G	<u>244270 SSP/RR</u>	CNH	<u>01668222123</u>
Profissão:	<u>Empresario</u>		

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 [assinatura] CARGO APC LOCAL 4º DP

HISTORICO

Senhor(a) Delegado(a) desta DP,

Informo que fomos acionados via Ciops para atender uma ocorrência de acidente de transito 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 transito 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.

[assinatura]
Yukio Hideshima Neto

41401-8

Nº

SOLDADO

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp

DOCUMENTO
ORIGINAL

17 JUL. 2018

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

Quan 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

CPF do Representante legal

Email

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 §1º 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.

Bom dia 17 de Julho de 2018.

Local e Data

Quan Castro de Aguiar

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BLOCO A

GOVERNO DO ESTADO DE PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE PIAUÍ - PAAR / PSE
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



Visto por:

Resposta
13/04/18

1800835437 12/04/2018 18:47:39 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07:15 38

Paciente: LUAN CASTRO DE AGUIAR Data Nascimento: 16/04/1997 Idade: 20 A 11 M 26 D CNE: 801434321369776 CPF: 02887431247 Prontuário: 169654
Tipo Doc: Documento Orgão Emissor: Data Emissão: Sexo: Estado Civil: Raça/Cor: Naturalidade: Nacionalidade:
IDENTIDADE: 4972928 SESP/AM 15/03/2010 M SOLTEIRO/APARDA MANAUS - AM BRASILEIRA
Mãe: LUIZ JERONIMO DE AGUIAR Contato: (95) 99133-0411
MAISE CASTRO DA CRUZ Ocupação: NÃO INFORMADA
Endereço: RUA - PA NOVA AMAZONIA POLO 4 - - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis. Prontuário:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: ELENILDA SILVA

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Amnese de Enfermagem: GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Amnese - (HORA DA CONSULTA): 18:54
Colisão moto x carro em alta velocidade
fratura exposta em pé (R) e trauma

Exame Físico: de coluna toraco-lombar
#feita analgesia no SAMU

Hipótese Diagnóstica: Politrauma

SADT - Exames Complementares:
☒ RX ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Mefenoma 10mg @ fazer 4ml AD 1 - 4ml @ fazer 4ml	Não	

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

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ Iluminação Cerebral

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

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



1800835437

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 Silvan Costa do Carmo 20 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 12 / 10 / 18, COM
DIAGNÓSTICO DE lesão ligamentar medial e lateral

NO DIA 1 / 1 / 1, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
artroscopia SENDO

OPERADO PELO DR. Vitor Parant E DR. Marcelo Brunner

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18 / 10 / 18, ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 02 / 05 / 18, ÀS 14:00, COM O
DR. Brunner

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 SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA 09 / 18

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 19000
MÉDICO

524

CONTABILIZADO	DATA DO CONTABILIZADO	CONTABILIZADO EM LÍQUIDAÇÃO	CONTABILIZADO EM LÍQUIDAÇÃO
ABRIL/2018	21/05/2018	804	491,63

NOT: 7.001 15.01.273 (80)

Chloroethoxyvinyl	1-282.00	80.00	100.00
-------------------	----------	-------	--------

Consumo		Consumo medio	
Consumo	Consumo medio	Consumo	Consumo medio
Consumo	Consumo medio	Consumo	Consumo medio

10/17/17 5:49
 FROM: SEN. TRIDINIO
 TO: SEN. GREGG
 RE: 100 - 2,40073

RECEIVED AND FILED
E7000, 7488, 586C 0155 1543 1975

(continued)

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



Bitte identifizieren Sie die Elektroden, indem Sie die Zellformel aufschreiben.

844 660177

0188917-0

0000-0001-9178-9100

CONFIDENTIAL CONFIDENTIAL CONFIDENTIAL CONFIDENTIAL

ABRIL/2018	11/05/2018	514	493,77
TOTAIS INACIO DE SOUZA			

TIOIR INACIO DE SOUZA
 R. ANTONIO P GALVAO 1832 4 BARRIS
 CEP: 00038305151204
 CEP: 09.309-209 - BOA VISTA

NOT: 5.001.12.04.021734

DATA	VALOR	CONTAS	DATA
43184			24/04/2018
44670			23/03/2018
1.000			24/05/2018
514			23/04/2018
514		FCAM	24/04/2018

RESIDENCIAL		2207276		N 1919448		1.1.1.1.2		48	

PERÍODO	CONSUMO	VALOR
MAR/18	436	514 4 85 0,558411 =
FEV/18	457	CORRECAO MONETARIA 04 01/18-00
JAN/18	485	CORRECAO MONETARIA 10 05/18-00
DEZ/17	490	MULTA POR ATRASO DE 1 01/18-00
NOV/17	499	JUROS DE MORA POR ATR 01/18-00
OUT/17	529	MULTA POR ATRASO 01/18-00
SET/17	460	PARCELAMENTO DE DEBITOS (2X)
AGO/17	521	JUROS DE MORA DE IMPO 01/18-00
JUL/17	542	ILUMINACAO PUBLICA
JUN/17	558	

7. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 284: 2561-2566.

Approved for Release by NSA on 08-25-2013 pursuant to E.O. 13526

[illegible]

LIQUE 00007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

COMPOUNDING INFORMATION		ANALYSIS INFORMATION	
Chlorine	88.06	Chlorine	88.06
Hydrogen	140.87	Hydrogen	140.87
Carbon	0.00	Carbon	0.00
Nitrogen	5.86	Nitrogen	5.86
Oxygen	52.43	Oxygen	52.43

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

ROT: 5.001 12.04.021724

07/2018 0.00



Eletrôbras
Distribuição Brasileira

0188917-0

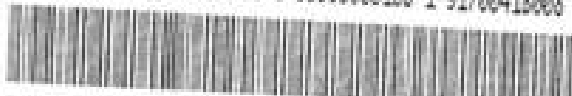
43.7

8/4/2018

11/05/2018

0000-1000 FICAM

83640000004 5 93770075000 6 00000000100 1 917000410000 A



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**.

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 Ibair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.612 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luam Castro de Aguiar inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.674.312 / 47 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Luam 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>It01RRR@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 98125-9538</u>

Boa Vista-RR 17 de julho de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Karina Tizolim Nogueira,
RG nº 422561-9, data de expedição 24 / 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. Emilia da
Silva Lavor, nº 1067,
Bairro: Coronã, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Isuon Castro de Aguiar,
cujo o condutor era Isuon Castro de Aguiar.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Yamaha 150 R 125 - verde

Ano: 2007

Placa: NAM 0264

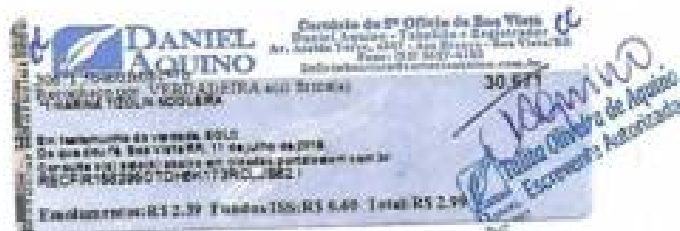
Chassi: 2006 9C6KE092060034415

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 III 2018



1800935437	12/04/2018 18:47:39	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	38
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
LUAN CASTRO DE AGUIAR	16/04/1997	20 A 11 M 26 D	801434321369776	02867431247	164654
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	4072928	SESP/AM	15/03/2010	M	SOLTEIRO(A)PARDA
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 Pronatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				ELENILDA.SILVA

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	

anamnese - (HORA DA CONSULTA) - 18:54 h
Colisão moto x carro em alta velocidade
fratura exposta em pé (E) e trauma

Exame Físico
de coluna toraco-lombar
#feita analgesia no SAMU

Hipótese Diagnóstica
Politrauma

SADT - Exames Complementares

☒ RÁIO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Morfina 10mg @ fazer 4ml AD 1 - 4ml @ fazer 4ml	Não	

Conduta

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

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IMI ☐ Instituto Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

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

Dra. Danielle Cogo
Médica Clínica Geral
CRM-RR 1690

Carimbo e Assinatura do Médico



1800935437

DOCUMENTO ORIGINAL

17 JUL. 2018

17 JUL. 2018

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

NOME
 ELOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE - RG (CARTÃO)
 114807 SSP RJ

CPF
 383.051.911-04

DATA NASCIMENTO
 07/04/1978

FOTOGRAFIA

FUNÇÃO
 JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONERIA INACIO DE OLIVEIRA

PRECATORIO
 01.019.2304

VALIDADE
 28/01/2021

HABITACAO
 15/12/1999

AGC
 AB

CATADO
 AB

DE BRASIL 1988

LOCAL
 BOA VISTA - ROA/ALMA

DATA DE EMISSAO
 30/01/2015

92485240615
 38207968020

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

USUÁRIO SEM TUDO
 O TRANSITO NACIONAL
 980151096

PRIMEIRO PLACIFICAR
 980151096

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Luan Castro de Aguiar
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	4072928
ENDEREÇO:	P.A. Nova Amazônia Polo 4 vicinal 3

OUTORGADO

NOME:	Theris Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	autônomo
IDENTIDADE:	11480755P.RR
ENDEREÇO:	Rua Antonio Roberto Gomes, 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.

18/ de abril de 2018



LOCAL E DATA

DOCUMENTO ORIGINAL

* Luan Castro de Aguiar

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

ORIGINAL
DOCUMENTO

17 JUL. 2018

