



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

REGISTRO Nº	1986 /2018		Hora	10:20	Data	14/12/2018	
DADOS DO (A) COMUNICANTE:							
NOME	DENILY DA SILVA CASTRO						
NACIONALIDADE	BRASILEIRO	Estado Civil	CASADO	Profissão	DIARISTA		
PAI	DIONIRIO SOARES DE CASTRO						
MÃE	ROSIMEIRY DA SILVA						
IDENTIDADE	404727-3	Órgão Expedidor	SSP/RR	CPF	029754132-38		
ESCOLARIDADE	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO			Sexo	MASC..		
NATURALIDADE	SÃO JOÃO DA BALIZA	DATA NASC.	21/01/1996	Idade	22 ANOS		
ENDEREÇO	RUA P 07, 129						
BAIRRO	SÃO FRANCISCO	Cidade/UF	BOA VISTA/RR	TEL/OPER.	99130--2903		
DADOS DA OCORRÊNCIA							
LOCAL DO FATO	CCI				BAIRRO	ZONA URBANA	
CIDADE	CARACARAÍ	Hora	17:00	DATA	26/10/2018		
AUTOR:							
ENDEREÇO:							
NATUREZA DA OCORRÊNCIA:	ACIDENTE DE TRANSITO						
RELATO DO FATO:							
<p>Senhor Delegado,</p> <p>Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil o comunicante acima qualificado para informar que conforme data e hora acima citada o mesmo estava pilotando uma motocicleta HONDA TITAN 150.2013/14,VERMELHA, PLACA NAU 4771,CHASSI 9C2KC1650ER016113 quando sofreu um acidente de trânsito. QUE o comunicante sofreu uma colisão de outro motociclista; QUE devido o acidente o mesmo sofreu fratura exposta no seu pé esquerdo e várias escoriações em seu corpo. QUE o mesmo foi socorrido pelo SAMU e depois removido para o HGRR. Era o que tinha a relatar.</p>							
 JAMY RODRIGUES Agente de Polícia Civil				 DENILY DA SILVA CASTRO Comunicante			
<input type="checkbox"/> Aguardar novos fatos em cartório. <input type="checkbox"/> Fato Atípico. Esfera cível/adm. Arquive-se. <input type="checkbox"/> Encaminhe-se a(o) _____ <input type="checkbox"/> Intime-se _____ <input type="checkbox"/> Junte-se _____ <input type="checkbox"/> Aguardar Representação da vítima. <input type="checkbox"/> Ao Delegado Titular <input type="checkbox"/> Outros:				<input type="checkbox"/> Aguardar novos fatos em cartório. <input type="checkbox"/> Fato Atípico. Esfera cível/adm. Arquive-se. <input type="checkbox"/> Encaminhe-se a(o) _____ <input type="checkbox"/> Intime-se _____ <input type="checkbox"/> Junte-se _____ <input type="checkbox"/> Aguardar Representação da vítima. <input type="checkbox"/> Ao Delegado Titular <input type="checkbox"/> Outros:			
Caracarái/RR ____ de ____ 2018.				Caracarái/RR ____ de ____ 2018:			
Delegado de Polícia Civil				Delegado de Polícia Civil			

24 JAN. 2019



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 1986/2018/CARACARAÍ – DELEGACIA DE
ACIDENTE DE TRÂNSITO**

O Sr.:

NOME: **FRANCISCO CARLOS DA ROCHA**

RG Nº.: **48793 SSP/RR.**

SEXO: **MASCULINO.**

DATA DE NASCIMENTO: **08/06/1961.**

TELEFONE: **99119-3710**

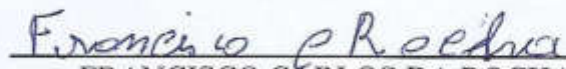
ENDEREÇO: **RUA ANTONIO BATISTA DE MIRANDA, Nº 552 - EQUATORIAL**

CIDADE: **BOA VISTA - RR.**

O comunicante compareceu nesta especializada, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado, os dados da motocicleta que a vítima conduzia no dia do acidente, sendo uma **Honda CG 150cc FAN, de cor vermelha, placa NAU-4771, CHASSI 9C2KC1650ER016113**, tendo como proprietário o Sr. FRANCISCO CARLOS DA ROCHA.

Boa Vista - RR, 31 de Dezembro de 2018.


Daniel Baraúna Magalhães
Agente de Polícia Civil


FRANCISCO CARLOS DA ROCHA
Comunicante

31 DEZ. 2018

24 JAN. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 029.754.132-38 Nome completo da vítima: Denily da Silva Castro

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

Nome completo: Denily da Silva Castro CPF: 029.754.132-38

Profissão: Dianista Endereço: Rua: P-07 Número: 129 Complemento: caso

Cidade: Caracaraí Estado: RR CEP: 69.300-000

E-mail: ILOIRRR@hotmail.com Tel (DDD): (95)99154-4282

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$6.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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 (561)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3559 CONTA: 7778

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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, renunciando 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 do 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 discordo 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: _____

Criou 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 mecenário (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

Local e Data: Bon Vista-RR, 23/01/19

Nome: Denily da Silva Castro

CPF: 029.754.132-38

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Denily da Silva Castro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, 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.

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

26/10/18
21:36 H

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: **DEAILY DA SILVA CASTRO** Data Nascimento: **21/01/96** Idade: **22** CNES: **11** CPF: **99151-5857** Prontuário: **99151-5857**

Tipo Doc: **404721-3** Documento: **3** Órgão Emissor: **PAAR** Data Emissão: **11/10/18** Sexo: **M** Estado Civil: **1** Raça/Cor: **1** Naturalidade: **ROSIMBEIRA DA SILVA**

Endereço: **R. P-4 129 - FZ (CARACARAÍ)**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **Validade: Autorização: Sis Prenatal:**

Motivo do Atendimento: **ACUATO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **Procedência: Temp. Peso Pressão:**

Sector: **TRATAM** Tipo de Chegada: **3-10-18** Procedimento Sol.: **Registrado por:**

Queixa Principal: **Acidente de Trânsito** ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese da Enfermagem: **Transtorno de P e D** GSC: **AO: 1234 RV: 12345 IRV: 123456** TOTAL: **18**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: **10:00** h)

Exame Físico: **FC 100 bpm P e D**
crepitações e Roncos
BCC LOX + Sx ACVEX

Hipótese Diagnóstica:

SADT - Exames Complementares

☐ RAO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) Reparação 2g EV
2) Amoxicilina 400mg EV
3) 1x 05ml IA
4) Cefalotina 2g EV
5) Cloridrato

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

DR. Julia Marinho A.
MÉDICO CRM-RR 11425
26 OUT. 2018

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta à Revella
☒ Transferência para: **Outpatient**

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Obito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ ML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



BOA VISTA ENERGIA S.A.

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.eletobrasroraima.com

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, 26 de abril de 2002
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 4513510
Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda
Segunda Via
ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO, 1832 2
BURITIS -
CEP 69.309-209 - BOA VISTA - RR
CPF 383.051.512-04 RG 114807 SSP RR 11-04-96
Roteiro: 001.12.04.021718

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único
0108915-3

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado	
21/09/2018	27/08/2018	24/09/2018	25/10/2018	28	24/09/2018	09/2018	
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD	
1.1.1.2	Residencial Normal	Bifásica	N 15-19-448	Normal			
Consumo	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido	Cons. Faturado
	2206908	25445	25199	1,00000	5	246	246

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
08/2018	292	TUSD (*)	Consumo 246 kWh a 0,574560	0,456770	141,34
07/2018	237	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		30,66
06/2018	246	Transmissão	Parcelamento De Debitos 5/6		118,80
05/2018	223	Encargos			
04/2018	264	Tributos			
03/2018	208	(*) TUSD=Tarifa de Uso do Sistema de Distribuição; TE=Tarifa de Energia			
02/2018	221				
01/2018	223				
12/2017	255				
11/2017	282				
10/2017	285				
09/2017	355				
Média		Pis - 0,87			
12 meses	257	Cofins - 4,07			

Indicadores de Continuidade: 07/2018					Conta em Débito		
CJ	14 - FLORESTA	EURO	R\$ 52,76		Mês/Ano	FD	Vencimento
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual	08/2018	0	11/09/2018
DIC	8,85	3,49	17,70	35,40			
FIC	8,46	13,00	16,92	33,84			
DMIC	4,82	0,44	4,82	4,82			
					Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 336,31		
					Mês/Ano	FD	Vencimento
					08/2018	0	11/09/2018

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> Caso haja cobrança de serviços de terceiros em sua fatura (LBV) poderá ser cancelada em nossos

=> canais de atendimento

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do ICMS
141,34	17,00	24,02

Reservado ao Fisco

B276.482A.806B.0A87.833B.6719.CAC7.15FA

Fatura Virtual pp V 907 19/02/2018

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
Código para débito automático: 0108915-3

UC	Mês Faturado	No. FD	TC
01089153	09/2018	00	6

Vencimento
11/10/2018

Valor a Pagar
R\$ 290,80

83640000002 9 90800075000 4 00000000108 1 91530918006 4



23 JAN. 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/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 Glair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Demily da Silva Castro inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.754.132 / 38 do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Demily da Silva Castro inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.754.132 / 38, 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>Buretes</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ILOIRRP@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99154-4282</u>

Boa Vista-RR 23 de 01 de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

24 JAN. 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Carlos da Rocha,
RG nº 48793, data de expedição / / ,
Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 145.638.002-87, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Antônio
Batista de Miranda, nº 552,
Bairro: Equatorial, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Denily da Silva Castro,
cujo o condutor era Denily da Silva Castro.

Veículo: Motocicleta

Modelo: HONDA CG 150 cc FAN

Ano: 2013/2014

Placa: NAU - 4771

Chassi: 9C2KC165E R016113

Data do Acidente: 26/10/2018

Local e Data: Boa Vista/RR, 31 / 12 / 2018

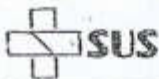
Francis C Roeh4

Assinatura do Declarante

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



24 JAN. 2019



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

BLOCO D

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO PROBLEMA CLÍNICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ DO PROFISSIONAL SOLICITANTE)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE Nº TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

24 JAN. 2019

TRABALHADOR

Esta é a Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pela Lei nº 2.246/64, de 29.10.1964, por intermédio do Decreto nº 22.655 de 29.10.1964 e posteriormente reformulada pelo Decreto nº 3.482 de 01.05.1965 que aprova a CTPS. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento, o seu estado de conservação, repetição e conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Devido à sua importância, é seu dever protegê-la e guardá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDOS DE APOIO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

160.92154.10-3

1791625

0040

RR

Denily da Silva Castro



03

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



DENILY DA SILVA CASTRO

FILIAÇÃO: DIONILIO SOARES DE CASTRO

ROSEMEYR DA SILVA

NASCIMENTO: 21/01/1986 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SÃO JOÃO DA BALIZA - RR

DOCUMENTO: C. 1.404727-3 27/01/2010 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 16 DE MAIO DE 1996

CPF: 029.754.132-38 CNH: 0089

TIT. ELEITOR: 004489942631 SEÇÃO: 0089

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 18/10/2013

ZONA: 002

Ministério do Trabalho e Emprego

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

TIPO	
DATA DE NASCIMENTO	
DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	

LEGENDA

1. FOLHA DE IDENTIDADE 2. FOLHA DE IDENTIDADE 3. FOLHA DE IDENTIDADE

03

24 JAN. 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

HABILITACAO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - ROFAIMA

DATA DE EMISSAO
30/01/2015

92485240616
BR207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

DE TRAN. BOA VISTA - ROFAIMA

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190085369 **Cidade:** Caracarái **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENILY DA SILVA CASTRO **Data do acidente:** 26/10/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS 3º E 4º METATARSOS DIREITO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

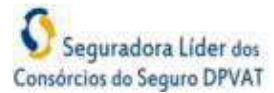
- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036538/19

Vítima: DENILY DA SILVA CASTRO

CPF: 029.754.132-38

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 26/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DENILY DA SILVA CASTRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
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

DENILY DA SILVA CASTRO : 029.754.132-38

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: 31/01/2019
Nome: DENILY DA SILVA CASTRO
CPF: 029.754.132-38

DENILY DA SILVA CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: ANGELILCE ARRUDA MOREIRA
CPF: 720.283.862-15

ANGELILCE ARRUDA MOREIRA

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085369

Vítima: DENILY DA SILVA CASTRO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DENILY DA SILVA CASTRO

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

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190085369

Vítima: DENILY DA SILVA CASTRO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DENILY DA SILVA CASTRO

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

Documentação médico-hospitalar

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, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085369

Vítima: DENILY DA SILVA CASTRO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DENILY DA SILVA CASTRO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:	
	029.754.132-38	Denily da Silva Castro	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Denily da Silva Castro		029.754.132-38	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Dianista	Rua: P-07	129	caso
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
São Francisco	Caracará	RR	69.300-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
ILOIRRR@hotmail.com	(95)99154-4282		

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

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 3559	CONTA: 7778	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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data:	Boa Vista-RR, 23/01/19
Nome:	Denily da Silva Castro
CPF:	029.754.132-38

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Denily da Silva Castro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	

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

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