

D

GLEISON PEREIRA

9/7/2017 05:33:43

51.0%

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

GRANDE TRAUMA

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



359415

HGR 02801		00002017 04.54.50		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 8	
Paciente: GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA				Data Nascimento: 19/07/2000	Idade: 19 A 11 M 21 D	CNS:	CPF: 07	Prontuário	
Tipo Doc: Documento		Órgão Emissor		Data Emissão	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO(A)	Raça/Cor: PARDA	Naturalidade: BOA VISTA - RR	Contato: (95) 99132-0637
Mãe: ROSIELE PEREIRA				Pai: FRANCISCO SULINO DA SILVA		Ocupação: ESTUDANTE			
Endereço: RUA - RIO JATAPU - 230 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR									

Class. de Risco	Piano 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
Color: GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: ATLAS.GONZAGA		
Sintoma Principal: <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					

Assinatura de Responsável	GSC	TOTAL
	AG: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Relato do Paciente (ou da CONSULTA):
 Paciente vítima de acidente de moto, caindo
 e sofrendo uma lesão (D) e ferimentos
 no tórax e 40%.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Dr. Sérgio Dutra - (D) + Halobutol + 500mg (D) de + Dor de (D) + Dor de (D) + Dor de (D) + Dor de (D)		
Infusão 400mg/100ml de 5.345		
febotina 0.5g (D)		

Conduta

☐ Alta por Serviço Médico ☐ Ambulatório

☐ Alta a Família ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Internação ☐ Internação

☒ Transferência para: (D) Data e Hora da Saída/Alta: / /

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Inscrito por: atlas.gonzaga
Data Emissão: 03-07-2017 05:00:15

03 JAN. 2020



170002858

Orthopeds

Dr. Lino P.

Paciente com lesão artroscópica de ligamento
anterior do joelho e lesão meniscal grau 3. Lesão grau 3
menisco anterior, MTD e MTE. Lesão grau 3 joelho (D).
De 1º de evidência de lesão joelho (A).

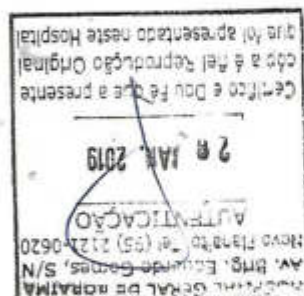
Dr. Remota + Dr. Lino P.

Dr. Marcus Branner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 191789

De controle de 1º de Remota.
Paciente em Fio de (1º de evidência de
lesão joelho grau 3).

De 1º de 6T.

03 JAN. 2020



SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	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 <i>Gláson Pereira Juliano da Silva</i>	6 - N° DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>8981010321732194101317</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>30/12/2000</i>
9 - SEXO <i>M</i>	10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Roseli Pereira</i>
11 - TELEFONE DE CONTATO <i>9159913131210161312</i>	12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <i>R. Rio Satipa, 230, Professor Anacleto Souza maior</i>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Brasília</i>	14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF <i>RJ</i>	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente vítima de acidente de trânsito, foi querendo o água do motor do carro.</i>

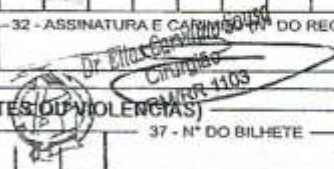
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
<i>necessidade de tto e ATB em longos</i>

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
03 JAN. 2020	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Querendo 40% + luxação total</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>20 JAN 2019</i>

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>09/07/19</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
			37 - N° DO BILHETE
			38 - SÉRIE
			39 - CNPJ EMPRESA
			40 - CNAE DA EMPRESA
			41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>14/12</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>0308010019 - T068</i>	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO COELHO CRUZ



Polegar Direito

GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASIFICAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **448718-4** DATA DE EXPIRAÇÃO **10/06/2019**

NOME **GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA**

FILIAÇÃO **FRANCISCO DAS CHAGAS SULINO DA SILVA**

NASCIMENTO **ROSELE PEREIRA**

NATURALIDADE **AMAJARI - RR**

DOO CRIBELV **CERTD NASC 110511 FLS 001 LIV A-0204**

1º OF BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO **19/07/1999**

CPF **AMADEU ROCHA TRIANI**
Fórmula Proprietária de Propriedade Comum
Código de Segurança

1ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

03 JAN. 2020

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME



TIPO

REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

PRIMEIRO
15/12/1993

RENASCIMENTO
ACQ
CAUWS
AB

PREÇO
JOSE SOUZA DE ABRIGIO
OLIVEIRA

CPF
383.061.513-04
DATA DE EMISSÃO
07/04/1978



LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO
92485240616
RSC017680020

03 JAN. 2020

03 JAN. 2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190720199 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA **Data do acidente:** 09/07/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190720199 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA **Data do acidente:** 09/07/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Gleison Pereira Sulino da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	448738-4
ENDEREÇO:	

OUTORGADO

NOME:	Ilson Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão - 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: ____/____/____, cobertura Invalidez, vítima: _____.

Boa Vista 12-12-19

LOCAL E DATA



03 JAN. 2020

GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Bo
Daniel Aquino - Tabelião de Bo
Av. Alameda Teófilo, 235 - Araucária
Fone: (41) 3621-0190
daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

166078-54859032476
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
- GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA

Em testemunho da verdade, DBA
De que deu fé, Boa Vista/RN, 17 de dezembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidadaoportalserm.com.br
REC/FIR1692963TN9CKTYL08R001

166078-54859032476
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
- GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA

Em testemunho da verdade, DBA
De que deu fé, Boa Vista/RN, 17 de dezembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidadaoportalserm.com.br
REC/FIR1692963TN9CKTYL08R001

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468883/19

Vítima: GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA

CPF: 708.978.782-64

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/07/2017

Titular do CPF: GLEISON PEREIRA
SULINO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA : 708.978.782-64

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019
Nome: GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA
CPF: 708.978.782-64

GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190720199

Vítima: GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA

Data do Acidente: 09/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190720199

Vítima: GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA

Data do Acidente: 09/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 19/07/2017, emitido pelo Dr. ELIAS C SOUZA CRM nº 1103 - RR, da Instituição SUS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **708.978.782-64** 4 - Nome completo da vítima: **Gleison Pereira Sulina da Silva**

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

5 - Nome completo: **Gleison Pereira Sulina da Silva** 6 - CPF: **708.978.782-64**

7 - Profissão: **estudante** 8 - Endereço: **Rua: Rio fatapu** 9 - Número: **230** 10 - Complemento: **Casa**

11 - Bairro: **Prof. Anacelis** 12 - Cidade: **Boca Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.315-034**

15 - E-mail: **ILDERKER@HOTMAIL.COM** 16 - Tel.(DDD): **(95) 93403-5060**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **6953**

CONTA: **26324**

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

22 - 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

03 JAN. 2020

40 - Local e Data, **Boca Vista - RR, 26/12/2019**

GLEISON PEREIRA SULINA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 045614/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/12/2019 09:37 Data/Hora Fim: 20/12/2019 09:59
Origem: Polícia Judiciária Data: 20/12/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 09/07/2017 04:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Estrela D'alva

Bairro: Ralar do Sol

Ponto de Referência: GD Moto Peças
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Amajari Sexo: Masculino Nasc: 19/07/1999
Profissão: Desempregado Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rosiele Pereira Nome do Pai: Francisco das Chagas Sulino da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 708.978.782-64
RG - Carteira de Identidade: 448718-4

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Jatapu
Complemento: Casa
Bairro: Aracelis
Telefone: (95) 99110-5198 (Recado)

Nº: 230

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 034.483.392-53	Placa NAT-7365
Renavam 00919457193	Número do Motor E385E-018827
Número do Chassi 9C6KE093070018545	Ano/Modelo Fabricação 2007/2007

03 JAN. 2020



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 045614/2019

Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ 125E
Modelo YAMAHA/XTZ 125E	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Gleison Pereira Sulino da Silva	Exibidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava como passageiro na garupa motocicleta também descrita acima e que está em nome de ALDEMAR DA SILVA AMORIM e que era conduzida/pilotada por um amigo de seu nome JACKSON. Que foram colididos por um veículo que trafegava na contra mão, não sabendo informar as características identificadoras do mesmo, pois desmaiou, mas informa que o condutor permaneceu no local. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado pelo SAMU. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento


Gleison Pereira Sulino da Silva
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

DELEGACIA DE POLÍCIA
BOA VISTA - RR

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas 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."

03 JAN. 2020

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3141850

ROSIELE PEREIRA

R. RIO JATAPU, 230,

PROF ARACELI S MAIOR 69315034 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 822744	MÊS 06/2019	PERÍODO DE CONSUMO 17-MAY-19 a 14-JUN-19
CONSUMO (kWh) 0	VENCIMENTO 06-JUL-19	TOTAL A PAGAR R\$ 36,58

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 822744	MÊS 06/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 36,58
-------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836600000001.365800750009.000000000828.274406190059



03 JAN, 2020

04/09/2019

Via de Pagamento para o mês/ano: 08/2019 referente a UC: 1089153



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

NF: 3539247

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2
BURTTIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	08/2019	25-JUL-19 a 27-AUG-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
175	11-SEP-19	R\$ 177,27

03 JAN. 2020

OBSERVAÇÕES

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

04/09/2019

Via de Pagamento para o mês/ano: 08/2019 referente a UC: 1089153



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

NF: 3539247

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2
BURTTIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	08/2019	25-JUL-19 a 27-AUG-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
175	11-SEP-19	R\$ 177,27

03 JAN. 2020

OBSERVAÇÕES

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1896 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Gleison Smaio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 283.051.511 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Gleison Pereira Suleiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.978.782 / 64

do sinistro de DPVAT cobertura Inválidos da Vítima Gleison Pereira Suleiro da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.978.782 / 64, 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: Antonio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1837</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buriti's</u>	Cidade: <u>Bom Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>gleison@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.309.209</u>	
		Tel.(DDD): <u>(96) 93194-4282</u>

Local e Data: Bom Vista-RR, 02 de dezembro de 2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

03 JAN. 2020