

9/7/2017 05:33:43

HOSPITAL GEPAN DE BORAMA
S.R., GLEISON PEREIRA

510%

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

HG+
Hausgeräte + Getränke
Gesellschaft mbH

159418

<http://www.mathworks.com>

03 JAN. 2020

-Carimbo e Assinatura do Médico



ORIGINAIS

DR. ANTONIO P.

Paciente com uma lesão avascular de tecido
de coráceo e ósseo no lado esquerdo da
tíbia proximal, MSB e m5e. Referência ao cirurgião(D).
Dr. de Oliveira é o autor(A).

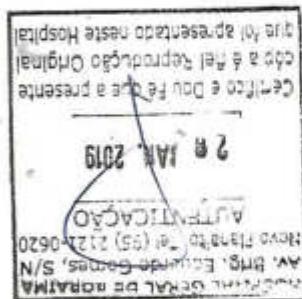
Dr. Pedro & Dr. Oliveira

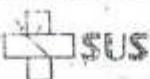
Dr. Marcos Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1817788

É com prazer de informar
que sou autor da publicação
intitulada "Tecido ósseo avascular em
cirurgia reparadora de feridas".

Editorial Ad GT.

03 JAN. 2020





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

Gleison

Pereira

Silveira

5 - N° DO PRONTUÁRIO

6 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

819 8 10 10 3 2 7 3 12 19 14 10 13 17

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/11/2000

9 - SEXO

m

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Rosiele Pereira

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Rio Sateré, 230, Professor Aracili Santo maior

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bonito

11 - FONE DE CONTATO

DDD 915 9913 1312 1016 1312

N° DO FONE

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto com cinto, foi queimado e agiu os rastros do carro.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Incapacidade de tto e ATB em menoros

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

03 JAN. 2020

HOSPITAL GERAL DE RONCAR
AV. Brig. Eduardo Gómez, S/N
Novo Planalto Tel (55) 2121-3622
AUTENTICAÇÃO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Certifico e de Fez o carimbo
Cópia é feita 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
que foi apresentado ao paciente

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

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

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

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019

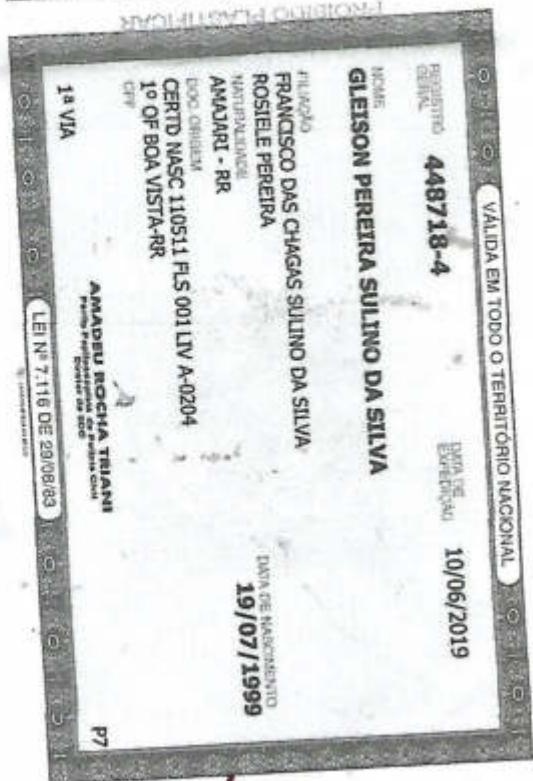
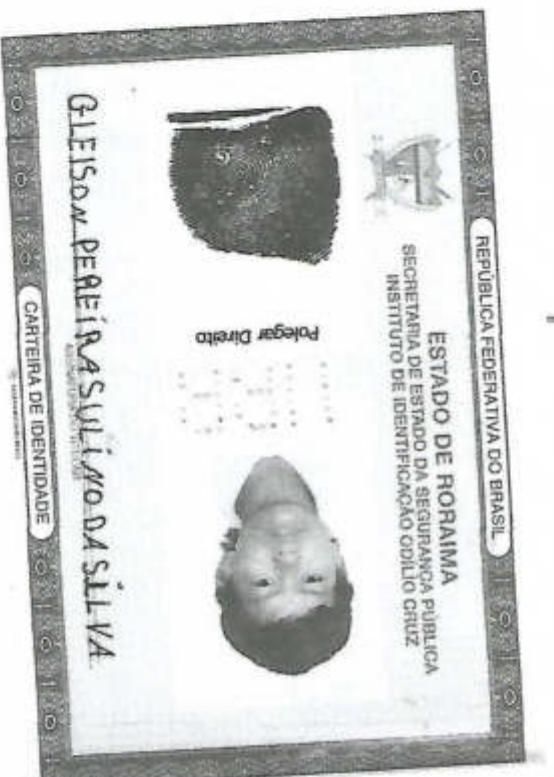
03/01/2019

03/01/2019

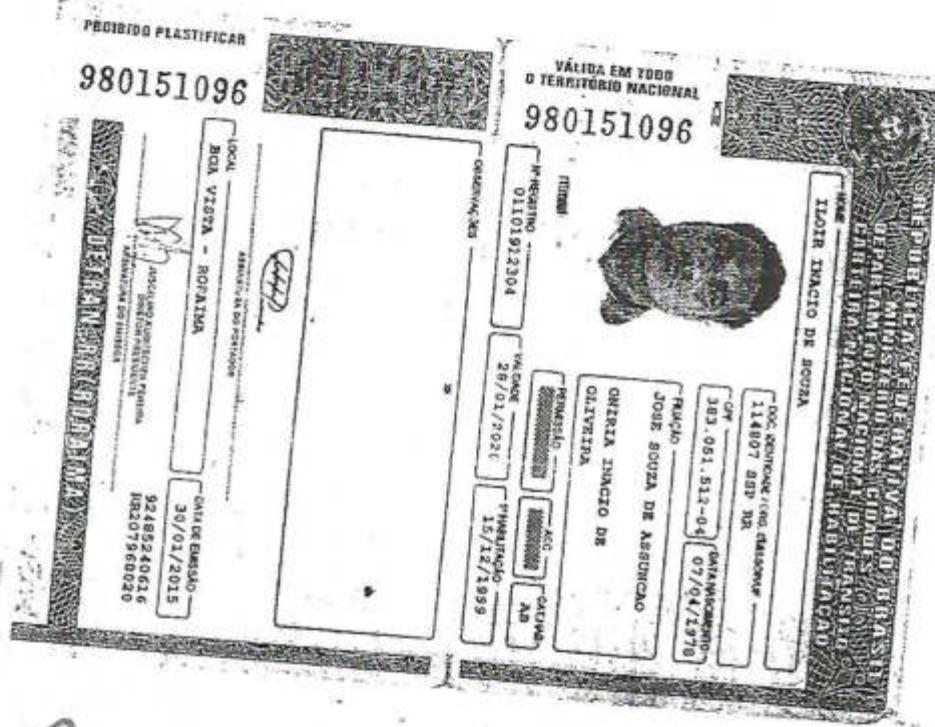
03/01/2019

03/01/2019

03/01/2019



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: 448738-2

ENDEREÇO:

OUTORGADO

NOME: Ilon Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 314-807

ENDEREÇO: Rua: Antônio Pinheiro Galvão - 3832, Buritis

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 Imobilidade, vítima: _____

Boa Vista 12-12-19

LOCAL E DATA



GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Em testemunho da verdade, DBA
De que deu fô. Boa Vista/RN, 17 de dezembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalsejor.com.br
RECFFIR1660784487385TNBCKTYL0SGR600 /



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVA

MANOEL COELHO NETO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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 Sulino da Silveira

5 - CPF:

708.978.782-64

7 - Profissão:

estudante

8 - Endereço:

rua: Rio fatapu

9 - Número:

230

10 - Complemento:

casa

10 - Bairro:

Prof. Aracelis

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.315-034

15 - E-mail:

gleisonpr@hotmai.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 98403-5060

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:

RECUZO 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 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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, para efeito de 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 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

teve filhos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

casamento (vivasecer)? Sim Não

31 - Vítima Sim Não

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,

Boa Vista - RR, 26/12/2019

GLEISON PEREIRA SULINO DA SILVEIRA

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)

Bairro: Raiar do Sol

Logradouro: Estrela D'alva

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

Nº: 230

Complemento: Casa

Bairro: Aracelis

Telefone: (95) 99110-5198 (Recado)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO 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/Caminhon
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

DAT

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

DE POLÍCIA
TOOR

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

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e 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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
822744	06/2019	17-MAY-19 a 14-JUN-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
0	06-JUL-19	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	MÊS	TOTAL A PAGAR
822744	06/2019	R\$ 36,58

836600000001.365800750009.000000000828.274406190059



03 JAN. 2020

04/09/2019

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



RORAIMA ENERGIA

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

IE: 2400070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3539247

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2
BURITIS

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 mes/ano: 08/2019 referente a UC: 1089153



RORAIMA ENERGIA

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

IE: 2400070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3539247

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2
BURITIS

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

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.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: 4020-1596 / 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Gleison Inacio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.531-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Gleison Pereira Sulino da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 708 978 782-64
do sinistro de DPVAT cobertura Praticista da Vítima Gleison Pereira Sulino da Silva.

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.978.782-64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

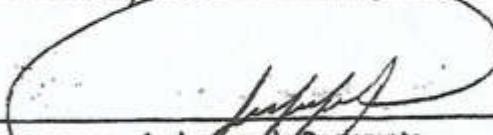
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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:	<u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buriti's</u>	Cidade:	<u>Bon Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309.209</u>
E-mail:	<u>glolur@hotmail.com</u>	Tel.(DDD):	<u>(65) 99194-4222</u>	

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


Assinatura do Declarante

03 JAN. 2020