

A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DEPVAT

SOLICITO A POSSIBILIDADE DE DAR ANDAMENTO AO MEU PROCESSO , POIS UMA VEZ QUE NÃO SE FAZ MAIS NESCESSARIO APRESENTAR A DECLARACAO DE PROPRIEDADE DO VEICULO EM PROCESSOS ATUAIS NÃO HÁ MOTIVOS PARA SOLICITAREM TAL DOCUMENTO PENDENCIADO OU CANCELEM MEU PROCESSO PARA QUE EU DE ENTRADA NOVAMENTE ! E ASSIM RECEBENDO O MEU DIREITO

GRATO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação/Reclassificação  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

1901074331	17/02/2019 22:27:41	<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>				TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	18
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
ALEANDRO SILVA E SILVA		04/12/1990	28 A 2 M 13 D					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	3276678			M		PRETA		BRASIL
Mãe	MARIA LUCIA DOS SANTOS SILVA				Pal		Contato	
Endereço	- RUA N-28 - 456 - - -						Ocupação	NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:					
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		CLAUDECI.RODRIGUES					
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem		GSC			TOTAL			
<i>gênera</i> <i>Liberação de carteira queda de moto</i>		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : )								
<i>com pol. trauma leve</i>								
Exame Físico		<i>ferimentos locais amplos de nariz</i>						
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares		<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO				
<i>Aspirina</i> <i>Amclor</i> <i>Febri</i> <i>Curar</i>								
<i>Mto com orientações e prescrição</i>								
Condução				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: / /				
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:								
óbito				<input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Patológica				
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família						
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico						
Impresso por: claudeci.rodrigues Data Hora: 17/02/2019 22:28:36		24 JUN. 2019 						





24 JUN. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ILOIR INACIO DE SOUZA	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAF 114007 SSP-RR
	CPF 393.051.512-04
	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
	PRACAO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
PERMISSÃO B	ACC A3
CAT. PNB A3	
Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 28/01/2020
Tª HABILITAÇÃO 15/12/1999	
OBSERVAÇÕES	
	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015
92485240616 RR207968020	
ASSINATURA DO EMISSOR	
DETRAN-RR (RORAIMA)	

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980151096

PROIBIDA PLASTIFICAR

980151096

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190394162 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEANDRO SILVA E SILVA **Data do acidente:** 17/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** NÃO DEFINIDO.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Documento/Motivo:** Documentação Médico Hospitalar

**Nome do documento faltante:** Documentos Médicos.

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** 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;

- 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.

**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:	Alcandro Silva e Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	3246642 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Theresia Brasil 456

### OUTORGADO

NOME:	Mois Lucio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	134804 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antonio P. Galvão 1832

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: 17/02/2019, cobertura Invalidez, vítima: Alcandro Silva e Silva.

Rua Vista 27.03.19

LOCAL E DATA

24 JUN. 2019



Alcandro Silva e Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 2º Ofício - Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Alzida Tereza, 480 - Aeroporto - Boa Vista/RR  
Fone: (91) 3246-4198  
E-mail: daniel@boavista.rr.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
ALCANDRO SILVA E SILVA

Em testemunho da verdade, L.F.  
Do que deu fé, Boa Vista/RR, 27 de março de 2019.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em [cidadao.portal.eletron.com.br](http://cidadao.portal.eletron.com.br)  
REC/FIR168295YZ2EBZ89WXI00T80/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 4,50

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0212360/19

**Vítima:** ALEANDRO SILVA E SILVA

**CPF:** 020.334.012-43

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/02/2019

**Titular do CPF:** ALEANDRO SILVA E SILVA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
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

### ALEANDRO SILVA E SILVA : 020.334.012-43

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](http://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: 24/06/2019  
Nome: ALEANDRO SILVA E SILVA  
CPF: 020.334.012-43

\_\_\_\_\_  
ALEANDRO SILVA E SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

\_\_\_\_\_  
MANOEL COELHO NETO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0212360/19

**Número do Sinistro:** 3190394162

**Vítima:** ALEANDRO SILVA E SILVA

**Data do acidente:** 17/02/2019

**CPF:** 020.334.012-43

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ALEANDRO SILVA E SILVA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## 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](http://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: 23/10/2019

Nome: ALEANDRO SILVA E SILVA

CPF: 020.334.012-43

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019

Nome: MANOEL COELHO NETO

CPF: 413.653.806-53

\_\_\_\_\_  
ALEANDRO SILVA E SILVA

\_\_\_\_\_  
MANOEL COELHO NETO



---

**Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190394162**

**Vítima: ALEANDRO SILVA E SILVA**

**Data do Acidente: 17/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALEANDRO SILVA E 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, 26 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190394162**

**Vítima: ALEANDRO SILVA E SILVA**

**Data do Acidente: 17/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALEANDRO SILVA E SILVA**

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 29 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190394162**

**Vítima: ALEANDRO SILVA E SILVA**

**Data do Acidente: 17/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALEANDRO SILVA E SILVA**

Em razão da falta de apresentação do(a) Documentos Médicos., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, 27 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190394162**

**Vítima: ALEANDRO SILVA E SILVA**

**Data do Acidente: 17/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ALEANDRO SILVA E SILVA**

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:
	020.334.012-43	Alexandro Silva e Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Alexandro Silva e Silva	020.334.012-43	
Profissão:	Endereço:	Número:
Autônomo	Rua: Theresa Magal Brasil	456
Bairro:	Cidade:	Estado:
Senader H. Campos	Boa Vista	RR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
SLI01RRQ@HOTMAIL.COM	69.316-526	(95)98403-5060

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

DADOS CADASTRAIS

**RENTA 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\$5.001,00 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 (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1352 CONTA: 49849 5  
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

**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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grav 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 nascituro (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 299 do Código Penal.

Assinatura do  
delegado  
de justiça

Local e Data: Boa Vista - RR  
 Nome: Alexandro Silva e Silva  
 CPF: 020.334.012-43

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Alexandro Silva e Silva*  
 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.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017337/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/06/2019 11:23 Data/Hora Fim: 13/06/2019 11:43  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 13/06/2019  
Delegado de Polícia: João Luiz Evangelista Batista Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 17/02/2019 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Rua HC-02

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALEANDRO SILVA E SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Santa Luzia do

Sexo: Masculino

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Lucia dos Anjos Silva

Nome do Pai: Antonio Pereira da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 8333914

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua N-28

Bairro: Senador Hélio Campos

Nº: 456

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem à este DP para informar que NÃO é habilitado, e que no dia, hora e local acima informado, conduzia a motocicleta Biz 125 ES, ano/modelo 2008/2008, placa NAT-4633, CHASSI 9C2JA0420ER077119, a qual se encontra em nome de sua mãe, Maria Lucia dos Anjos Silva, quando um caminhão que se encontrava na mesma via e no mesmo sentido do comunicante, desviou de um buraco, vindo a colidir com a motocicleta que o comunicante pilotava. Que com o impacto, o comunicante foi ao solo, onde permaneceu inconsciente. Que retomou os sentidos quando se encontrava no interior do HGR. Que foi socorrido por uma equipe do SAMU, que o motorista do caminhão se evadiu do local após a colisão. Que o referido B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.

24 JUN. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017337/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães  
Responsável pelo Atendimento

MAT. 043000425

Aleandro Silva e Silva

(Comunicante)

"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."



24 JUN. 2019

[illegible]

24 JUN. 2019





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação/Reclassificação  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

1901074331	17/02/2019 22:27:41	<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>				TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	18
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
ALEANDRO SILVA E SILVA		04/12/1990	28 A 2 M 13 D					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	3276678			M		PRETA		BRASIL
Mãe	MARIA LUCIA DOS SANTOS SILVA				Contato			
Endereço	- RUA N-28 - 456 - - -				Ocupação	NÃO INFORMADA		
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:					
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		CLAUDECI.RODRIGUES					
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem		GSC				TOTAL		
<i>gênera</i> <i>Liberação de carteira queda de moto</i>		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : )								
<i>com pol. trauma leve</i>								
Exame Físico		<i>ferimentos locais amplos de nariz</i>						
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares		<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO				
<i>Aspirina</i> <i>Amelhor</i> <i>Justina</i> <i>Curar</i>								
<i>Mto com orientações e prescrição</i>								
Condução		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Alta: / /						
óbito		Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico						
Impresso por: claudeci.rodrigues Data Hora: 17/02/2019 22:28:36		24 JUN. 2019 						

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ené Góes 191 - Centro - Boa Vista - RR 69215-9348  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)  
RUA CHUIZ 7 - CADA DE TURMA ELÉTRICA - COLETA B-1  
RUA ESPERANÇA DE IMPERIAL - RUA ELÉTRICA DE COLETA B-1  
RUA LUIZ DE ALMEIDA - RUA ELÉTRICA DE COLETA B-1

RESIDENCIAL BI T081731989M 1425132 1.1.1.2 215

JANEIRO/2019 01/02/2019 528 464,63

JOANA LIMA SALES  
R. THEREZA MAGAL BRASIL 456 Q 404 SENADOR HELIO CAMPOS  
CPF: 00023713607320  
CEP: 69.316-526 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.24.090800

DADOS DE LEITURA		DATA DE LEITURA	
Atual	1620	Atual	15/01/2019
Anterior	1092	Anterior	13/12/2018
Consumo de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	15/02/2019
Consumo Medido	528	Fim de mês	14/01/2019
Consumo Faturado	528	Atualização	15/01/2019

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fato	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	BI	T081731989M	1425132	1.1.1.2	215

Mês/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30/01/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA, caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.
DEZ/18	523	CONSUMO 528 A R\$ 0,796948 = 420,78
NOV/18	504	CORRECAO MONETARIA DA 11/18-00 0,08
OUT/18	205	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00 2,62
SET/18	144	MULTA POR ATRASO DE I 11/18-00 0,65
AGO/18	170	JUROS DE MORA POR ATR 11/18-00 0,19
JUL/18	156	MULTA POR ATRASO 11/18-00 6,77
JUN/18	153	JUROS DE MORA DE IMPO 11/18-00 3,05
MAI/18	156	ILUMINACAO PUBLICA 30,49
ABR/18	152	
MAR/18	153	
TARIFA COM TRIBUTOS:		
0 A 528 - 0,634620		

MENSAGENS IMPORTANTES (PREVISO DE VENCIMENTO)

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30/01/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA, caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA RORAIMA ENERGIA. LIQUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Distribuição	Energia	Transmissão	Encargos	Tributos	Base de Cálculo	Alíquota ICMS	Valor do ICMS	Valor do PIS	Valor do COFINS
103,72	219,95	0,00	11,42	11,42	420,78	17,00%	71,53	2,51	2,51

RESERVADO AO FISCO 30FF 0444 6450 5176 536E 6133 0000 087F

DISTRITO	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
ROT: 28.001.26.24.090800	0061539-0	464,63

MES FATURADO	VENCIMENTO
01/2019	01/02/2019

Nº da Nota Fiscal: 002159348 FCM

83640000004 5 64630075000 7 000000000061 2 53900119008 8

24 JUN. 2019

**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: 2419388

**ILOIR INACIO DE SOUZA**

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	02/2019	25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	11-MAR-19	R\$ 229,20

**24 JUN. 2019**

OBSERVAÇÕES



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/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Ilmar Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alexandro Silva e Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.334.012 / 43, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alexandro Silva e Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.334.012 / 43, 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>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.209</u>
Email <u>ilmar@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Boa Vista-RR de Junho de 2019  
Local e Data

Assinatura do Declarante

24 JUN. 2019