

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 NECESSARIO 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
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

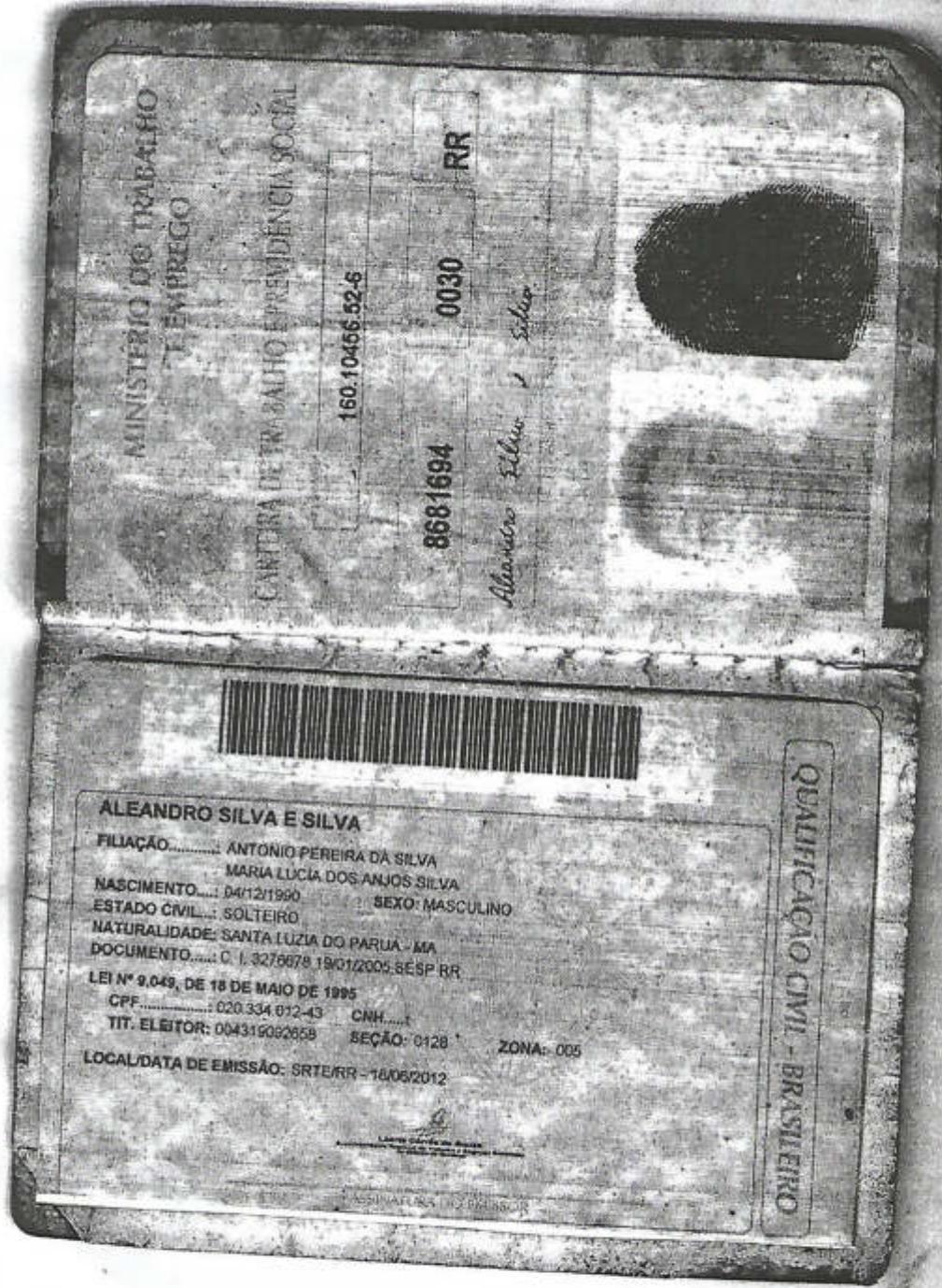
1ª Classificação Reclassificação _____
_____ Vermelho
_____ Laranja
_____ Amarelo
_____ Verde
_____ Azul - Azul

Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul. Ass.

Reclassificação _____
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul. Ass:

| | | | | | | | | |
|--|---|------------------------|---------------|-------------------|---------------|---|---------------------------|---------------|
| 1901074331 | 17/02/2019 22:27:41 | FICHA DE ATENDIMENTO | | | TRAUMATOLOGIA | | NOTURNO 19- | 18 |
| Paciente | | Data Nascimento | Idade | CNS | CPF | 07 | 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 | | | | Pal | | | Contato | |
| MARIA LUCIA DOS SANTOS SILVA | | | | | | | | |
| Endereço | Ocupação NÃO INFORMADA | | | | | | | |
| - RUA N-28 - 456 - - - | | | | | | | | |
| Class. de Risco | Piano Convênio | N° 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 | | | | | | | |
| Setor | 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 | gestante Migrascs de dor na guerda de mto. com dor traseira ligeira | | | | | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA) | GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | | | | | | | |
| Exame Físico | Exame Físico feito em ambulância | | | | | | | |
| 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 | | |
| Aspirin Amoxi fexofen cinafr- | | | | | | INSTITUIÇÃO: HAD DO HOSPITAL N.º BLOCO: SALA DE ATENDIMENTO: 5/V Novo Telefone: 31 (31) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO | | |
| Até com orientações e prescrições | | | | | | DATA: 20/02/2019 'Sheila' Certifico e sou feito o presente cópia é feita da original que foi apresentada ao Hospital | | |
| Conduta | <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 Saida/Alta: / / / | | | | | | | |
| óbito | | | | | | | | |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMI <input type="checkbox"/> Análise Patológica | | | | | | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável | Carimbo e Assinatura do Médico  | | | | | | | |
| Impresso por: claudeci.rodrigues | 24 JUN. 2019 | | | | | | | |
| Data Hora: 17/02/2019 22:28:36 | | | | | | | | |
|  1901074331 | | | | | | | | |





24 JUN. 2019

24 JUN. 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

NAME: ILOIR INACIO DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/RP: 114807 SSP RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

PAUTAÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

NOME: PERMISSÃO: ACC: CATEGORIA: AB:

Nº REGISTRO: 01101912304 VALSADA: 28/01/2020 V'HABILITAÇÃO: 15/12/1999

DESCRIÇÃO:

ABBRIVIAÇÃO DO PORTADOR: LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

JOSÉ LUIZ ALBISCHI PEREIRA
DIRETOR PRINCIPAL

ASSINATURA DO EMISSOR:

DET.RR.RORAIMA

PROIBIDO PLASTIFICAR

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

Valorização 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 Documentos Médicos.
faltante:

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

Documentos complementares: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAZILIZOU 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: RAIO 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: | Aleandro Silva e Silva |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro |
| PROFISSÃO: | Multinome |
| IDENTIDADE: | 3276648 SSP-RR |
| ENDEREÇO: | R: Thenez Brasil 456 |

OUTORGADO

| | |
|----------------|---------------------------|
| NOME: | Meia Linha de Senz - |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro |
| PROFISSÃO: | Multinome |
| IDENTIDADE: | 134807 SSP-RR |
| ENDEREÇO: | R: Antônio r. 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: Aleandro Silva e Silva.

Rua Vista 27-03-19

LOCAL E DATA



Aleandro Silva e Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
96677-cc9b9fe89c371
Reconheço por VERDADEIRA (s) firma(s)
ALEANDRO SILVA E SILVA

Cartório do 2º Ofício de São Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataíde Teixeira, 480 - Asa Norte - São Vista/RR.
Fone: (65) 3222-4180
Telfe: 99999-9999

96.677
Ana Cláudia Silveira Aquino
Escrevente Autorizada

Em testemunha da verdade, LFB
De que deu fô. São Vista/RR, 27 de março de 2019.
Consulte os selos abaixo em cidadao.portalselos.com.br
REC/FIR156295Y2ZEBZ98WXI0OTB0/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundo ISS: R\$ 0,55 Total R\$ 2,95

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEANDRO SILVA E SILVA

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0212360/19

Número do Sinistro: 3190394162

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 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 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

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, 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.**

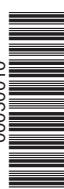
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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, 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



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, 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

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, 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 | Akandro Silva e Silva | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA VÍTIMA/RENDIMENTO/MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012 | | | |
| Nome completo: | | CPF: | 020.334.012-43 |
| Profissão: | Endereço: | Número: | Complemento: |
| autônomo | Rua: Thenza Magal Brasil | 456 | |
| Bairro: | Cidade: | Estado: | CEP: |
| Senador M. Campos | Boa Vista | RR | 69.316-526 |
| E-mail: | Tel.(DDD): (95) 98403-5060 | | |
| ILOI RRR@HOTMAIL.COM | | | |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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 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 ASSINALÁ ALUMA O PÔCÃO DE CONTA

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

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

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 Lider 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 atende 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 UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau 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
 Vivos: Falecidos:

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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

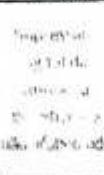
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



Local e Data: Boa Vista - RR

Nome: Akandro Silva e Silva

CPF: 020.334.012-43

(*) Assinatura de quem assina A ROGO



Akandro Silva e Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 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 TÓDOS.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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)

Bairro: Senador Hélio

Logradouro: Rua HC-02

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|---|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | 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 (SUPÓSTO 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.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017337/2019

ASSINATURAS

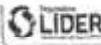
Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento
MAT. 042.000425

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

17/02/2019

...: Guia de Atendimento 17 ...

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

| | |
|------------------------------|-----------------|
| 1 ^a Classificação | Reclassificação |
| <input type="checkbox"/> | Vermelho |
| <input type="checkbox"/> | Laranja |
| <input type="checkbox"/> | Amarelo |
| <input type="checkbox"/> | Verde |
| <input type="checkbox"/> | Azul Ass. |

| | |
|--------------------------|-----------|
| Reclassificação | |
| <input type="checkbox"/> | Vermelho |
| <input type="checkbox"/> | Laranja |
| <input type="checkbox"/> | Amarelo |
| <input type="checkbox"/> | Verde |
| <input type="checkbox"/> | Azul Ass. |

| | |
|--------------------------|-----------|
| Reclassificação | |
| <input type="checkbox"/> | Vermelho |
| <input type="checkbox"/> | Laranja |
| <input type="checkbox"/> | Amarelo |
| <input type="checkbox"/> | Verde |
| <input type="checkbox"/> | Azul Ass. |

| 1901074331 17/02/2019 22:27:41 | | FICHA DE ATENDIMENTO | | TRAUMATOLOGIA | | NOTURNO 19- | 18 |
|--|--|--|--------------|--------------------------------|--|--------------|---------------|
| Paciente | | Data Nascimento | | Idade | CNS | CPF | Prontuário |
| ALEANDRO SILVA E SILVA | | 04/12/1990 | | 28 A 2 M 13 D | | 07 | |
| Tipo Doc | Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo | Estado Civil | Raça/Cor | Nacionalidade |
| IDENTIDADE | 3276678 | | | M | | PRETA | BRASIL |
| Mãe | | | | | Pal | | Contato |
| MARIA LUCIA DOS SANTOS SILVA | | | | | | | |
| Endereço | Ocupação | | | | | | |
| - RUA N-28 - 456 - | 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 | | | | | | |
| Setor | 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 | <i>gotupa</i> <i>lumbago e dor na perna queira de moto</i> | | | | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA) | GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | | | | | | |
| Exame Físico | <i>com pol. na perna leve</i> <i>frinquentes fricções com dor de moto</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>Aspirin</i> <i>metformin</i> <i>furosemide</i> <i>cinnarizina</i> | | | | | <small>INSTITUIÇÃO: H.A. H. RORAIMA Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 Novo Horizonte - Tel (65) 2122-0620</small> | | |
| | | | | | <small>AUTENTICAÇÃO</small> | | |
| | | | | | <small>17 MAIO 2019</small> | | |
| | | | | | <small>Sheila</small> | | |
| | | | | | <small>Certifico e dou fé que o presente</small> | | |
| | | | | | <small>é o original da apresentação Original</small> | | |
| | | | | | <small>que foi apresentado à este Hospital</small> | | |
| Conduta | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Data e Hora da Saida/Alta: / / : : | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: | | | | | | | |
| óbito | | | | | | | |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Destino: <input type="checkbox"/> Família | <input type="checkbox"/> IMI - Medicina Patológica <input type="checkbox"/> Renegado de Pronto Socorro <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Samu 192 - RJ | | | | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável | | | | Carimbo e Assinatura do Médico | | | |
| <i>24 JUN. 2019</i> | | | | | | | |
| Impresso por: claudeci.rodrigues Data Hora: 17/02/2019 22:28:36 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |



Para confirmar cargo a
Detrotour, informe
este NÚMERO:

0061539-0

Entomol. Genkens et al., 1991 (1991) 10(1): 1-10.

Entrevista com o Deputado Federal
Av. C. Mello Esq. Glória - 991 - Centro - Belo Horizonte - MG - 30130-000
Fone: 031-5414-4200/00-01 - Celular: 99997-0723
Site: www.senado.gov.br/senador/leitura.asp?cod=81
E-mail: leitura@senado.gov.br
Data da Entrevista: 06/02/2002
Pauta: www.senado.gov.br/senador/pauta.asp?cod=2002-02-06-01

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

JOANA LIMA SALES
R. THEREZA MAGAL BRASIL 456 Q 404 SENADOR HÉLIO CAMPOS
CPF: 00023713607320
CEP: 69.316-526 - BOA VISTA ROT: 28.001-26.24.00000

| DADOS DE REFERÊNCIA | | VALOR | DATA DA ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO |
|----------------------------|-------|---------------|----------------------------|
| Média | 1620 | Atual | 15/01/2019 |
| Anterior | 1092 | Anterior | 13/12/2018 |
| Lançamento da Moedas novas | 1.000 | Próxima Lanç. | 15/02/2019 |
| Consumo Médio | 528 | Fimesan | 14/01/2019 |
| Consumo Futuro | 528 | Aumento | 15/01/2019 |
| | ECAM | | |

| NORMAL | | DADOS DA UNICO DE CONSUMIDOR | | | | 23 |
|-----------------------------|-----------|--------------------------------|----------------------|----------------|----------------|----|
| Cliente/Subcliente | Ligação | Número Medidor | Promo | Código Ref. | Média 12 meses | |
| RESIDENCIAL | BI | TDB1731989M | 1425132 | 1.1.1.2 | 215 | |
| VALOR TOTAL CONSUMO: | | | | | | |
| Métricas consumo | | | | | | |
| 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 | | 3,95 | | |
| MAI/18 | 156 | ILUMINACAO PUBLICA | - | 30,49 | | |
| ABR/18 | 152 | | | | | |
| MAR/18 | 153 | | | | | |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: | | | | | | |
| 0 A 520 - 0,634629 | | | | | | |

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30/01/2019. Vá no pagamento para escolher também a inclusão do nome da consumidor na SERACH. 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 ELETRICA FOI EMITIDA PELA RORAIMA ENERGIA.
LIGUE 080007919120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

| RESERVADO AO FISCO | | 30EE 8444 6459 F176 535E 6133 9000 082F |
|-------------------------|--------|---|
| COMPONENTES DA CONTARIA | | IMPOSTOS E TRIBUTOS P.R. |
| Distribuição | 103,72 | Base de Cálculo: |
| Energia | | Afazenda ICMS |
| Transmissão | 219,95 | Valor do ICMS |
| Encargos | 0,00 | Valor do PIS |
| Tributos | 11,42 | Valor do COFINS |
| | | 85,10 |

8,45 16,91 33,82 8,46 16,92 33,84 4,65
2,02 9,00 0,42

24 JUN, 2019

DISTRITO 11/2013 137,01
RGT: 28 001 /6 24 0000000 SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR - R\$

 Eletrobras
Distribuição Rurára

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Guterres 691 - Centro - Bica Vista - RR
CNPJ: 00.341.470/0001-14 | insc. Estadual: 24.007.022-3

10.000-15.000 m²

Nº da Nota Fiscal

836400000045 646300750007 000000000612 539001190088



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

24 JUN. 2019

OBSERVAÇÕES

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Gleyson Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Akandro Silva e Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.334.012 / 43, do sinistro de DPVAT cobertura Invulnerável da Vítima Akandro Silva e Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.334.012 / 43, conforme Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve ser 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 | Rua Antonio Pinheiro Gabinio | Número | 1832 | Complemento |
| Bairro | Buritis | Cidade | Beira Vista | Estado |
| Email | gleysinacio@hotmail.com | Telefone comercial(DDD) | (95)99154-4282 | CEP |

Bonito RR de junho de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

24 JUN. 2019