

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, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335339

Vítima: ADRIANO DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADRIANO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovação de ato declaratório ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Documentação médica-hospitalar ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

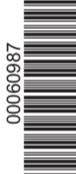
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190335339

Vítima: ADRIANO DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO 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, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190335339

Vítima: ADRIANO DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADRIANO DA SILVA

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

Como o prazo de 180 (cento de 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

NP do beneficiário ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	394.476.908-23	Adriano da Silveira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Adriano da Silveira				
Profissão: desempregado	Endereço: Rua Tarciso Pyres	Estado: Santa Catarina	UF:	CEP: 69.316-500
Bairro: Centro	Cidade: Blumenau	Complemento: /95193154-4283	Número: 153	CEP (00000):
Email: FLUDIRRR@HOTMAIL.COM				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 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 - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (conta para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todas as bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (343)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0653	CONTA: 59615
(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)
AGÊNCIA:	CONTA:
(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declare, 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 apontado, 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 9.194/94, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data da óbito da vítima:				
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:						
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	filhos vivos?
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 poderão gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 319 do Código Penal.										

Assinatura Digital da vítima ou beneficiário (se não tiver digitalizada)	local e Data, Blumenau-SC, 21/05/19	TESTEMUNHAS
	Nome: Adriano da Silveira	1º Nome: _____
CPF: 394.476.908-23	CPF: _____	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A RODO		2º Nome: _____
		CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SÓLIDA RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do íntero 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
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002212/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/01/2019 10:29 Data/Hora Fim: 30/01/2019 10:36

Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 03/06/2018 21:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Asa Branca

Logradouro: Avenida Ataíde Teive

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADRIANO DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SP - São Paulo Sexo: Masculino Nasc: 24/11/1997

Profissão: Desempregado

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Vanda Maria Conceição Silva

Nome do Pai: Joao Evangelista Pereira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 394.476.908-23

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Dalicio Aires

Nº: 153

Bairro: Senador Helio campos

Telefone: (95) 98120-8416 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veiculo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 394.476.908-23

Placa NAO9862

Renavam 01142816238

Número do Motor KC22E0J009866

Número do Chassi 9C2KC2200JR009774

Ano/Modelo Fabricação 2018/2018

Cor VERMELHA

UF Veiculo Roraima

Município Veiculo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN

Modelo HONDA/CG 160 FAN

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 15/02/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Adriano da Silva

Possuidor



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002212/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava pela Avenida Ataíde Teive, sentido centro, conduzindo a motocicleta acima descrita, quando bateu em um quebra molas, perdeu o controle e caiu, sofrendo lesões corporais. Que foi socorrido pelo SAMU. Que regista SOMENTE para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS

Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento

Adriano da Silva
(Comunicante / Vítima)

"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."



21 MAIO 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do beneficiário ou ASL:	CPF da vítima: 394.476.908-23	Nome completo da vítima: Adriano da Silveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Adriano da Silveira		CPF: 394.476.908-23	Número: 153
Profissão: desempregado	Endereço: Rua Tarciso Pyres	Complemento: 53	CEP: 65.316-500
Bairro: Serraden H. Campos	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	DDD (0XX): (95) 93154-4283
Email: FLUDIRRR@HOTMAIL.COM			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 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 - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (conta para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todas as bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (343)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0653 <input type="checkbox"/> CONTA: 59615 <input type="checkbox"/>	(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)
(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)	

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declare, 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 9.194/94, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE									
Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo				
Data do óbito da vítima:									
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
			Vivos:	nascituro (vai nascer)?			pais/vãos vivos?		
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 poderão gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 319 do Código Penal.									

 Local e Data: Boa Vista - RR 21/05/19 Nome: Adriano da Silveira CPF: 394.476.908-23	TESTEMUNHAS
	1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)	2º 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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO COMES, 3008 - AEROPORTO



1800961126	03/06/2018 22:00:35	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-	35
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
ADRIANO DA SILVA		24/11/1997	20 A 6 M 9 D				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissâp	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	5005434		02/02/2007	M	SOLTEIRO(APARDA)	SAO PAULO - SP	BRASILEIRA
Mãe	VANDA MARIA CONCEICAO SILVA				Pal	Contato	
Endereço	RUA - S 11/27 - 153 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR				JOAO EVANGELISTA PEREIRA DA SI	(95) 99115-7407	Ocupação

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SÁUDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	RESGATE			LEILSON.SOUSA	

Quelxa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
<i>MISSA SIST</i>	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	<i>K</i>

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)

Exame Físico	<i>apreensão de dor no abdômen ad</i>
--------------	---------------------------------------

Hipótese Diagnóstica	<i>Fratura clavicular esquerda</i>
----------------------	------------------------------------

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	<i>POSIÇÃO</i>	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1 DIPIRONA 1 gr. EV			
2 TENOXICAM 40 mg EV			

<i>DR. Leilson Souza</i>	<i>25/06/2018</i>	<i>Jesus A. Lopes Aguiar</i>
<i>25/06/2018</i>	<i>25/06/2018</i>	<i>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</i>
		<i>AV. Presidente Vargas, 3008 - Centro</i>
		<i>Novo Progresso - RR - CEP: 69300-000</i>
		<i>tel: (95) 99115-7407</i>
		<i>25/06/2018</i>

Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Internação
<input type="checkbox"/> Alta a Revenda	Data e Hora da Saída/Alta: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Interventice</i>	esente Original desta Hospital

Óbito	<input type="checkbox"/> IML Anatomia 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: leilson.sousa
Data Hora: 03/06/2018 22:03:19

21 MAIO 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: 2907670

VANDA MARIA CONCEICAO SILVA

R. TARCILO AYRES, 153 , Q 410

SENADOR HELIO
CAMPOS

69316560 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 603325	MÊS 04/2019	PERÍODO DE CONSUMO 14-MAR-19 a 12-APR-19
CONSUMO (kWh) 437	VENCIMENTO 26-MAY-19	TOTAL A PAGAR R\$ 327,49

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 603325	MÊS 04/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 327,49
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836800000033.274900750002.000000000604.332504190155

**21 MAIO 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 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

OBSERVAÇÕES

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

21 MAIO 2019

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA

VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089153	MÊS 02/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 229,20
-------------------------	----------------	-----------------------------

83610000022.29200075003.000000001081.915302190052



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**.

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 Fláir Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adriano da Silva inscrito
 a) no CPF sob o N° 394.476.508 / 23 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima
Adriano da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 394.476.508 / 23 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.

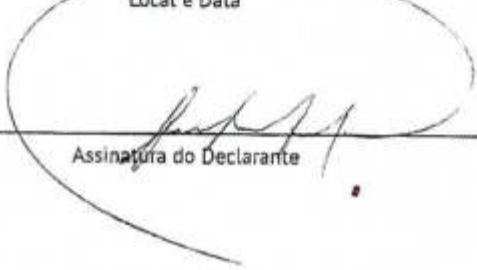
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão</u>	<u>3832</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>Buritis</u>	<u>RR</u>	<u>69309209</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>flairrr@hotmail.com</u>		<u>99154-4282</u>

21 MAIO 2019

Boa Vista - RR, 23 de Abrial de 2019

Locate Data


Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO COMES, 3008 - AEROPORTO



1800961126	03/06/2018 22:00:35	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-	35
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
ADRIANO DA SILVA		24/11/1997	20 A 6 M 9 D				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissâp	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	5005434		02/02/2007	M	SOLTEIRO(APARDA)	SAO PAULO - SP	BRASILEIRA
Mãe	VANDA MARIA CONCEICAO SILVA				Pal	Contato	
Endereço	RUA - S 11/27 - 153 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR				JOAO EVANGELISTA PEREIRA DA SI	(95) 99115-7407	Ocupação

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SÁUDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	RESGATE			LEILSON.SOUSA	

Quelxa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
<i>MISSA SIST</i>	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	<i>K</i>

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)

Exame Físico	<i>apreensão de dor no abdômen ad</i>
--------------	---------------------------------------

Hipótese Diagnóstica	<i>Fratura clavicular esquerda</i>
----------------------	------------------------------------

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	<i>POSIÇÃO</i>	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1 DIPIRONA 1 gr. EV			
2 TENOXICAM 40 mg EV			

<i>DR. Leilson Souza</i>	<i>25/06/2018</i>	<i>Jesus A. Lopes Aguiar</i>
<i>25/06/2018</i>	<i>25/06/2018</i>	<i>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</i>
		<i>AV. Presidente Vargas, 3008 - Centro</i>
		<i>Novo Progresso - RR - CEP: 69300-000</i>
		<i>tel: (95) 99115-7407</i>
		<i>25/06/2018</i>

Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Internação
<input type="checkbox"/> Alta a Revenda	Data e Hora da Saída/Alta: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Interventice</i>	esente Original desta Hospital

Óbito	<input type="checkbox"/> IML Anatomia 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: leilson.sousa
Data Hora: 03/06/2018 22:03:19

21 MAIO 2019



D

ADRIANO DA SILVA

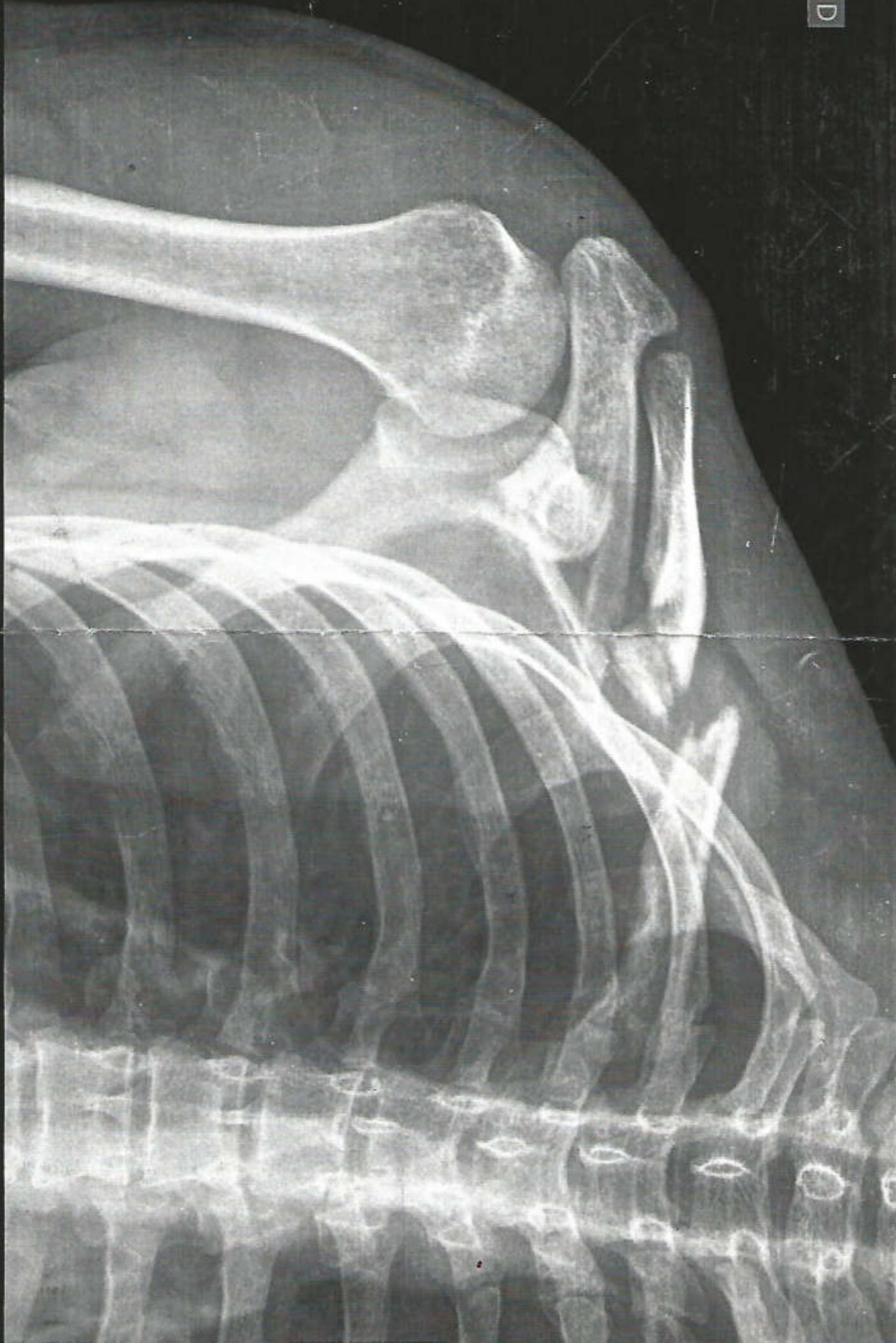
HOSPITAL CORONEL MOTA

8292

23/07/2018

Fabiola Castro

96,3 %



D

ADRIANO DA SILVA
HOSPITAL CORONEL MOTA

7143
21/06/2018

Cloudaldo
112,3 %



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 500543-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/10/2016

NOME ADRIANO DA SILVA

FILIAÇÃO

JOÃO EVANGELISTA PEREIRA DA SILVA

VANDA MARIA CONCEIÇÃO SILVA

NATURALIDADE SÃO PAULO - SP DATA DE NASCIMENTO 24/11/1997

DOC. ORIGEM CERTO NASC 87641 FLS 89 LIV A-188

SÃO PAULO-SP

394.476.908-23 AMADEU ROCHA TRIANI
Partido Progressista da Polícia Civil
Titular do RG

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P.7

21 MAIO 2019

21 MAIO 2019

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

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DOC. IDENTIDADE FERG. EMISSORUF: 114807 SSP RR
CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

FUNÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
MIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CATAD: AB

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDEZ: 28/01/2020 1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015
JUSCELINO KUBITSCHKE PONTE
DIRETOR FEDERAL
ASSINATURA DO EMISSOR

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170246/19

Vítima: ADRIANO DA SILVA

CPF: 394.476.908-23

Data do acidente: 03/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANO DA SILVA

Seguradora: SOMPO SEGUROS 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

ADRIANO DA SILVA : 394.476.908-23

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: 21/05/2019
Nome: ADRIANO DA SILVA
CPF: 394.476.908-23

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ADRIANO DA SILVA

MANOEL COELHO NETO