
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 médico-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



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

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: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

394.476.908-23 Adriano da Silva

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

Nome completo:

Adriano da Silva

CPF:

394.476.908-23

Profissão:

desempregado

Endereço:

Rua Tanilo Pynes

Número:

153

Complemento:

Bairro:

Paradeiro H. Campos

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.316-500

E-mail:

FLOIRRR@HOTMAIL.COM

Tel (DDD):

(95) 99154-4282

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (conveniente para os bancos aliados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653

(informar o dígito se existir)

CONTA:

59615

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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 arrolado, 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. 2º, §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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do dolo 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/viús 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 certo, 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
Nome da
vítima ou
beneficiário
(se diferente)

Local e Data: Boa Vista - RR 21/05/19

Nome: Adriano da Silva

CPF: 394.476.908-23

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Adriano da 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 de 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: 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 Dalício Aires

Nº: 153

Bairro: Senador Helio campos

Telefone: (95) 98120-8416 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	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 Veículo Roraima
Município Veículo 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
POLÍCIA 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 registra 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(s) 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: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

394.476.908-23

Adriano da Silva

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

Nome completo:

Adriano da Silva

CPF:

394.476.908-23

Profissão:

desempregado

Endereço:

Rua Tanilo Pynes

Número:

153

Complemento:

Bairro:

Paradeiro H. Campos

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.316-500

E-mail:

FLOIRRR@HOTMAIL.COM

Tel (DDD):

(95) 99154-4282

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (conveniente para os bancos aliados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

(informar o dígito se existir)

CONTA:

59615

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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 arrolado, 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. 2º, §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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do dolo 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/vivos 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 certo, 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
Local e Data
Nome
CPF

Local e Data: Boa Vista - RR 21/05/19

Nome: Adriano da Silva

CPF: 394.476.908-23

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Adriano da 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 de 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
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO COMES, 3508 - AEROPORTO



1600961126		03/06/2018 22:00:35		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 35	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
ADRIANO DA SILVA		24/11/1997		20 A 6 M 9 D			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissã	
IDENTIDADE		5005434		02/02/2007		M	
Mão		VANDA MARIA CONCEICAO SILVA		JOAO EVANGELISTA PEREIRA DA SI		(95) 99115-7407	
Endereço		RUA - S 11/27 - 153 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR				Ocupação	
Class. do Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA					
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:	
GRANDE TRAUMA		RESGATE				LEILSON.SOUSA	
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL	
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
Exame Físico							
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			
1 DIPIRONA 1 gr. EV							
2 TENOXICAM 40 mg EV							
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 Revella <input type="checkbox"/> Internação							
<input checked="" 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"/> IML Anatomia Patológica					

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



1600961126

**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. TARCILLO AYRES, 153 , Q 410

SENADOR HELIO
CAMPOS

69316560 BOA VISTA

RR

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

autenticação mecânica

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
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052



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**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair 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 Nº 394.476.908 23 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Adriano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 394.476.908 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 <u>Rua: Antonio Pinheiro Góes</u>		Número <u>3832</u>	Complemento
Bairro <u>Boa Vista</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69 309 209</u>
Email <u>ilair@hotmai.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>99154-4282</u>

21 MAIO 2019

Boa Vista: RR, 23 de Abril de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO COMES, 3508 - AEROPORTO



1600961126		03/06/2018 22:00:35		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 35	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
ADRIANO DA SILVA		24/11/1997		20 A 6 M 9 D			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissã	
IDENTIDADE		5005434		02/02/2007		M	
Mão		VANDA MARIA CONCEICAO SILVA		JOAO EVANGELISTA PEREIRA DA SI		(95) 99115-7407	
Endereço		RUA - S 11/27 - 153 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR				Ocupação	
Class. do Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA					
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:	
GRANDE TRAUMA		RESGATE				LEILSON.SOUSA	
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL	
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares							
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
1 DIPIRONA 1 gr. EV							
2 TENOXICAM 40 mg EV							
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"/> Alta a Revella							
<input checked="" 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"/> IML Anatomia Patológica					

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

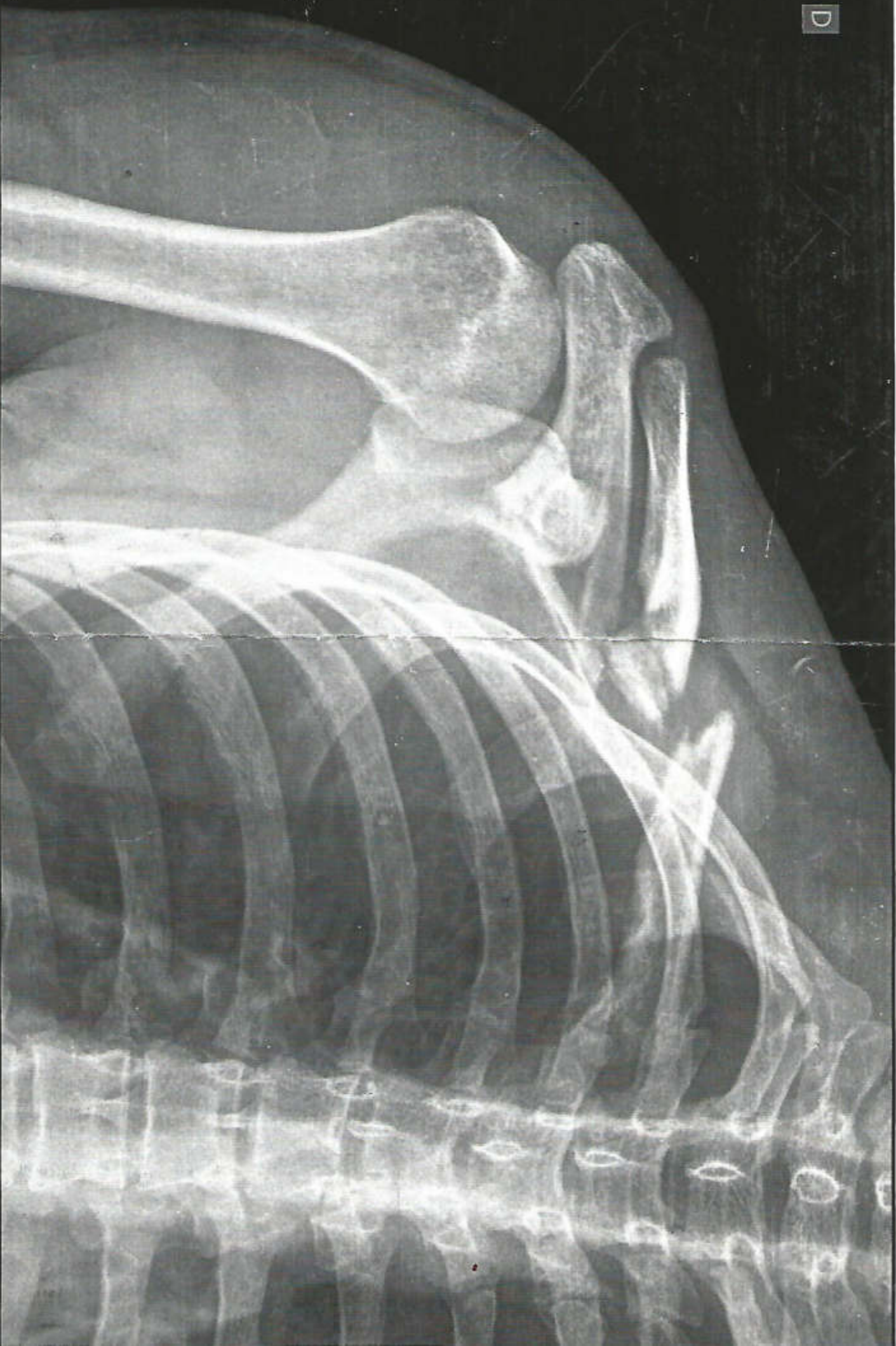
Impresso por: leilson.sousa
Data Hora: 03/06/2018 22:03:19

21 MAIO 2019



1600961126

D



ADRIANO DA SILVA

8292

HOSPITAL CORONEL MOTA

23/07/2018

Fabiola Castro

96,3 %

D



ADRIANO DA SILVA

7143

HOSPITAL CORONEL MOTA

21/06/2018

Cloudoaldo

112,3 %

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 **Polegar Direito**



Adriano da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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 **CERTD NASC 87641 FLS 89 LIV A-188**
SÃO PAULO-SP

CPF 394.476.908-23 **AMADEU ROCHA TRIANI**
Perito Fotodactiloscópico da Polícia Civil
Diretor do ROC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

21 MAIO 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ILDIR INACIO DE SOUZA	
	DOC. IDENTIDADE / RG. EMISSOR: 114807 SSP RJ
	CPF 383.051.512-04
	DATANASCIMENTO 07/04/1978
FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
CITIZENIA	PERMISSÃO ACC CAT-MB AB
Nº REGISTRO 01101912304	VÁLIDEZ 28/01/2020
HABILITAÇÃO 15/12/1999	
OBSERVAÇÕES	
 _____ AUSELIO RIQUELME PEREIRA DIRETOR REGIONAL	
LOCAL RUA VISTA - BOPATAMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015
92485240616 RR207968020	

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Adriano da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Vendedor
IDENTIDADE:	50043-4
ENDEREÇO:	Rua Tarciso Aguiar, 153 Q 410, Smdor Lelio Campos

OUTORGADO

NOME:	Ilson Inácio da Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antonio Pinheiro Galvão, 1832, Bunitas

Pelo presente instrumentô 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,

21 MAIO 2019

Bonito 09 Agosto 2018

LOCAL E DATA



Adriano da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Atalaia Teira, 4307 - Boa Vista - Boa Vista/RR
 Fone: (91) 828-2100
 Site: daniel.aquino.com.br

386243b6c34be55e5d
 Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 1. ADRIANO DA SILVA

Em testemunho da verdade, DOA
 Do que dou fé, Boa Vista/RR, 09 de agosto de 2018.
 Consulte o(s) ato(s) abaixo em: portal.sscm.com.br
 RECFIR1682966N801JAF87LTUX471

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos/ISS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

Ana Claudia Almeida Pereira
 Escrevente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170246/19

Vítima: ADRIANO DA SILVA

CPF: 394.476.908-23

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 03/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANO DA SILVA

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

ADRIANO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MANOEL COELHO NETO