
Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653012

Vítima: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

Data do Acidente: 01/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653012

Vítima: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

Data do Acidente: 01/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 01/08/2018, emitida pelo Dr. MARCIO FREIRE DE MELO LIMA, CRM nº 1613 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

82282579291

Nome completo da vítima

LINDSAY DO N. RIBEIRO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO		CPF titular da conta 82282579291	Profissão ATEND. DE BAIXA
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP
Email LUANNA.SOU22A71@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD) (095)99116.8367

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

BOA VISTA, 15 de OUTUBRO de 2018.

Loc&l e D&t&

Lindsay do Nascimento Ribeiro
C&mpo 1 - Assin&tur& do Benefici&rio

C&mpo 2 - Assin&tur& do Represent&nte Leg&l

99/25-7619



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034730/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/08/2018 08:27 Data/Hora Fim: 31/08/2018 08:43
 Origem: Pessoa Física - Particular Data: 31/08/2018
 Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
 Data/Hora do Fato: 01/08/2018 13:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
 Logradouro: Av. Ataíde Teive

Barro Caimbé

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Caracarái Sexo: Feminino Nasc: 06/03/1980
 Profissão: Comerciante
 Nome da Mãe: Maria das Dores Nascimento Ribeiro

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: rua foz do iguaçu
 Bairro: equatorial
 Telefone: (95) 99125-7619 (Celular)

Nº 1048

21 NOV. 2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAS7439	Número do Chassi *****55445
Ano/Modelo Fabricação 2010/2010	Cor Laranja
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX EX	Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX EX
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Lindsay do Nascimento Ribeiro	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
 Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
 Data de Impressão: 31/08/2018 08:45
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada informa que, no local e data supracitados, conduzia a sua motocicleta quando, em dado momento, uma bicicleta cruzou a sua frente causando a colisão entre os veículos. Tal colisão causou algumas lesões corporais na comunicante. Após o acidente a comunicante foi socorrida pela equipe do SAMU que a enviou ao HGR para que fossem tomadas as providências médicas cabíveis. É o relato.

ASSINATURAS

DAT
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento

Lindsay do Nascimento Ribeiro
Lindsay do Nascimento Ribeiro
(Comunicante)

DECLARO para os devidos fins, que sou o responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

21 NOV. 2019

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: 822.825.492-91 Nome completo da vítima: Kindray do Nascimento Ribeiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 438/2013

Nome completo: Kindray do Nascimento Ribeiro CPF: 822.825.492-91

Profissão: Comerciarista Endereço: Rua: Foz do Iguaçu Número: _____ Complemento: _____

Bairro: Buatis Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: _____

E-mail: lleixa@hotmail.com Tel. (DDD): 95199154-4282

Declaro, 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\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3024 CONTA: 36964
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Boa Vista - RR, 18/11/2019
Nome: Kindray do Nascimento Ribeiro
CPF: 822.825.492-91

Assinatura de quem assina A ROGO
Kindray do Nascimento Ribeiro
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

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 SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

Eletrobras

Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0002258-6

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 02.341-470/001-44 - Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de concessão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 001836648

À Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, conforme
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	06/12/2018	385	311,93

LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO
R. FOZ DO IGUAÇU 1048 EQUATORIAL
CPF: 00082282579291
CEP: 69.317-330 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.11.119300

CPF: 69.317-33 - BUA VISTA		DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
		KWh	KVArh		
Atual:	18525			Atual:	21/11/2018
Anterior:	18140			Anterior:	19/10/2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	19/12/2018
Consumo Medido:	385			Envio:	19/11/2018
Consumo Faturado:	385		ECAR	Apresentação:	21/11/2018

Classificação	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Pél.	Módulo 12 meses
---------------	---------	----------------	-------	-------------	-----------------

RESISTÊNCIA	01	TH 00000000000000000000	1/1-1/2	360
-------------	----	-------------------------	---------	-----

HISTÓRICO KWh	Consumo	Consumo	Consumo
Mês/ano	Consumo	Consumo	Consumo
OUT/18	418	CONSUMO 385 A R\$ 0,710045 =	273,36
SET/18	337	CORRECAO MONETARIA DA 08/18-00	0,11
AGO/18	343	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	4,40
JUL/18	303	MULTA POR ATRASO DE I 08/18-00	2,11
JUN/18	335	JUROS DE MORA POR ATR 08/18-00	0,50
MAI/18	232	MULTA POR ATRASO 08/18-00	3,86
ABR/18	303	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	4,12
MAR/18	319	ILUMINACAO PUBLICA	23,47
FEV/18	359		
JAN/18	462		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumida e o valor a ser pago de acordo com o valor da tarifa e o consumo.
Set/2018	273,36	Unidade consumida e o valor a ser pago de acordo com o valor da tarifa e o consumo.

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO 38,50% RESOLUCAO ANEEL N 2.479 DE 30.10.18. CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 E 11 20 18 18

RESUMO DO FISCO

Descrição	Valor R\$	Descrição	Valor R\$
Energia	273,36	Valor da Energia	273,36
Transmissão	0,00	Valor da Transmissão	17,00%
Distribuição	0,00	Valor da Distribuição	46,47
Tributos	0,00	Valor do COFINS	1,32

DETERMINADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
------	-------	-------	------	-------	-------	------

FLUXO DE CAIXA

ROT: 8.001.16.11.119300	0002258-6	311,93
Eletrobras	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
Distribuição Roraima	11/2018	06/12/2018

Nº da Nota Fiscal: 001836648 ECAR

83650000003 6 11930075000 5 00000000002 6 25051110006 3



SEQ.: 00262 UC: 0002258-6 DT. LEIT.: 21/11/2018 T. ENTR.: 04
TOTAL: 311,93 CARGA: 008

21 NOV. 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

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

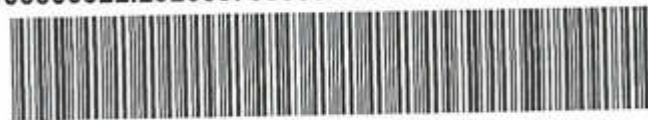
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052

**21 NOV. 2019**

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 Iloir Inácio de Sousa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Linsay do nascimento Ribeiro

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 822.825.792 / 91

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima Linsay do nascimento Ribeiro

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 822.825.792 / 91

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: Rua Antônio Pinheiro Galvão

Bairro: Bunitis

Cidade: Boa Vista

Número: 1832

Complemento: _____

E-mail: _____

Estado: RR

CEP: 69.309-209

ILOIRRR@HOTMAIL.COM

Tel. (DDD): (95) 98403-5060

Local e Data: _____

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

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

DIURNO 07/19 31

1800989455	01/08/2018 14:20:57	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA											
Paciente	LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO	Data Nascimento	06/03/1980	Idade	38 A 4 M 26 D	CNS	708502324941878	CPI	82282579291	Prontuário					
Tip. Doc	Documento	Órgão Emissor	SP RR	Data Emissão	07/06/2000	Sexo	F	Estado Civil	UNIÃO	Raça/Cor	PARDA	Naturalidade	CARACARAI - RR	Nacionalidade	BRASILEIRA
Mão	MARIA DAS DORES NASCIMENTO RIBEIRO	Contato	(95) 99158-4411	Ocupação	NÃO INFORMADA										
Endereço	RUA - FOZ DO IGUAÇU - 1048 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR														
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis. Prontuário										
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Procedência	Temp.	Peso	Pressão								
Sector	GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.	Registrado por:	DANIEL SILVA									
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue														

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Queixa de moto R.C. leve

dor + limitação funcional de ombro D

Exame Físico

BGA 100% O2

mucosa SRA, BAFETA RCR NPO + Reflexo de crem.

Hipótese Diagnóstica

Trauma de ombro

SADI - Exames Complementares

() RAIO-X () ULTRA-SOM () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Dipnóia 1x @

2) dor 40mg @

CRM-RR-1883
Médico
Italo Albuquerque Dias

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Novo Plano Tel: (95) 2111-0620
AUTENTICAÇÃO

2ª SET. 2019

Conduta

- () Alta por Decisão Médica
() Alta a Pedido
() Alta a Revólvia
() Transferência para:

- () Ambulatório
() Observação (Até 24h)
() Internação

Certifico e sou responsável por este documento Original
que foi apresentado neste Hospital

óbito

Antes do 1º Atendimento?

() Sim () Não

Destino: () Família

() IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: daniel.silva
Data Hora: 01/08/2018 14:22:10



1800989455

21 NOV. 2019

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

1124

PREFEITURA
JOA VISTA

UNIDADE:

Bravo

EQUIPE:

Jesuu / Brasp / Dabid



192

Paciente: Wendy do Nascimento RibeiroIdade: 37Sexo: FNacionalidade: Brasileira

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []

Endereço: Av. Atalaia Fave CarmoBairro: CarmoNº: 14.321DATA: 10/08/18HORA J/9: 13:54BASE: X VIA: ()

() RÁDIO

HORA J/10: 13:54

14:21

() CELULAR

MOTIVO DO ACIONAMENTO: Proteção BikeACIONAMENTO: ☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NA BASE ☐ OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL

- ☐ Capotamento
☐ Atropelamento
☐ Colisão AUTO x
☐ Motorista
☐ Passageiro Banco dianteiro
☐ Passageiro Banco traseiro

PEDESTRE

- ☐ Atropelamento ☐ CICLOVIA
☐ VIA ☐ CALÇADA ☐ FAIXA

AUTOMÓVEL

- ☐ Uso do cinto
☐ Vítila projetada
☐ Vítila encarcerada
☐ Air Bag Acionado

MOTOCICLETA / BICICLETA

- ☒ Colisão MOTO X
☐ Queda de moto ☒ Com capacete
☐ Atropelamento ☐ Sem capacete
☐ Queda de Bicicleta
☒ Piloto ☐ Garupa

VIOLÊNCIA

- ☐ FAS
☐ FAF
☐ Espancamento
☐ Violência Doméstica
☐ Violência Sexual
☐ Tentativa de suicídio
☐ Outro:

OUTROS

- ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto
☐ Queda, Altura aprox.:
☐ Acidente Doméstico
☐ Queimadura Agente
☐ Afogamento
☐ Agressão animal
☐ Outros:

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS

- ☐ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Obstrução Total
☐ Corpo estranho
☐ Edema de Glote
☒ Outro: 514

VENTILAÇÃO

- ☐ Eupneico
☐ Apnéia
☐ Dispnéia
☐ Bradipnéia
☐ Taquipnéia
☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Respiração paradoxal

CIRCULAÇÃO

- ☐ Normocárdico
☐ Bradicárdico
☐ Taquicárdico
☐ Arritmico
☐ Enchimento capilar acima de 2"
☐ Ausente
☐ Cianose central
☐ Cianose de extremidade

AVAL NEUROLÓGICA

- ☐ AVDN
☐ Miose (A)
☐ Midriase
☐ Anisocoria ☐ D ☐ E
☐ Aparelho Etilizado
☒ GLASGOW 19

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR
Início: <u>13:54</u>	<u>140x90</u>	<u>74</u>	<u>22</u>	<u>98</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
Fim: <u>14:21</u>	<u>130x80</u>	<u>82</u>	<u>20</u>	<u>99</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA						
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax		Abdome
☐ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. penetrante ☐	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐ Luxação ☐ Mandíbula ☐	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Subcutâneo ☐	☐ Dor ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Contusão pulmonar ☐ Ferida Aspirativa ☐ Empalamento ☐	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração ☐	
Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	OCULAR	VERBAL	MOTORA
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade ☐ Crepitação	☐ Contusão ☐ Hematoma ☒ Dor ☐ Escoriações ☐ Crepitação ☐	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Crepitação ☐	☐ Contusão ☐ Escoriações ☒ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Crepitação ☐	4 Espontânea 3 Ao comando 2 À cor 1 Sem resposta	5 Orientado 4 Confuso 3 Palavras inapropriadas 2 Palavras incompreensíveis 1 Sem resposta	6 Obedece a comandos 5 Localiza a dor 4 Movimento de retirada 3 Flexão anormal 2 Extensão anormal 1 Sem resposta

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Tiago Mendonça Dias
Médico
CRM-RR 1863

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA
(na cena do acidente)AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA
(na viatura)

INCIDENTE

- ☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local - EVASÃO
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trote
☐ Bombeiro no local:

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

- ☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

RCP

- ☐ Iniciada as: ☐ Término as:
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.:

OBSERVAÇÕES

21 NOV. 2019

CONFERE COM O ORIGINAL
 EM 31.10.18

DESTINO	☐ Atendido no local	☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS	☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
	☒ Trauma HGR	☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA	☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
	☐ Pronto Atendimento - HGR	☐ HMINSN	☐ Outros
	☐ Coronel Mota		

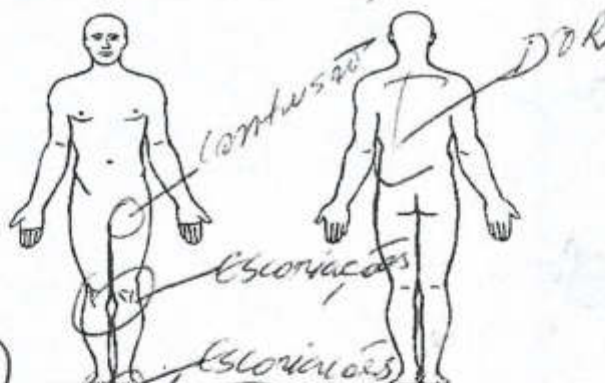
DECLARO, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

PERTINÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>transporte para unidade hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente: _____	RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____	RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____	RG: _____

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	01- colar ungueal 01- sutura 12 com linhas de prosa.
Perda de líquido: _____	BCF: _____	
☐ Com cartão	☐ Sem cartão	

Abertura Ocular	Classificação	Posição
10-100% abertur. proximalmente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Em Som	3
Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Dados registrados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Posição
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Palavras gemidos	Sons	2
Ausência de resposta verbal, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Posição
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que impede resposta motora	Não Testável	NT



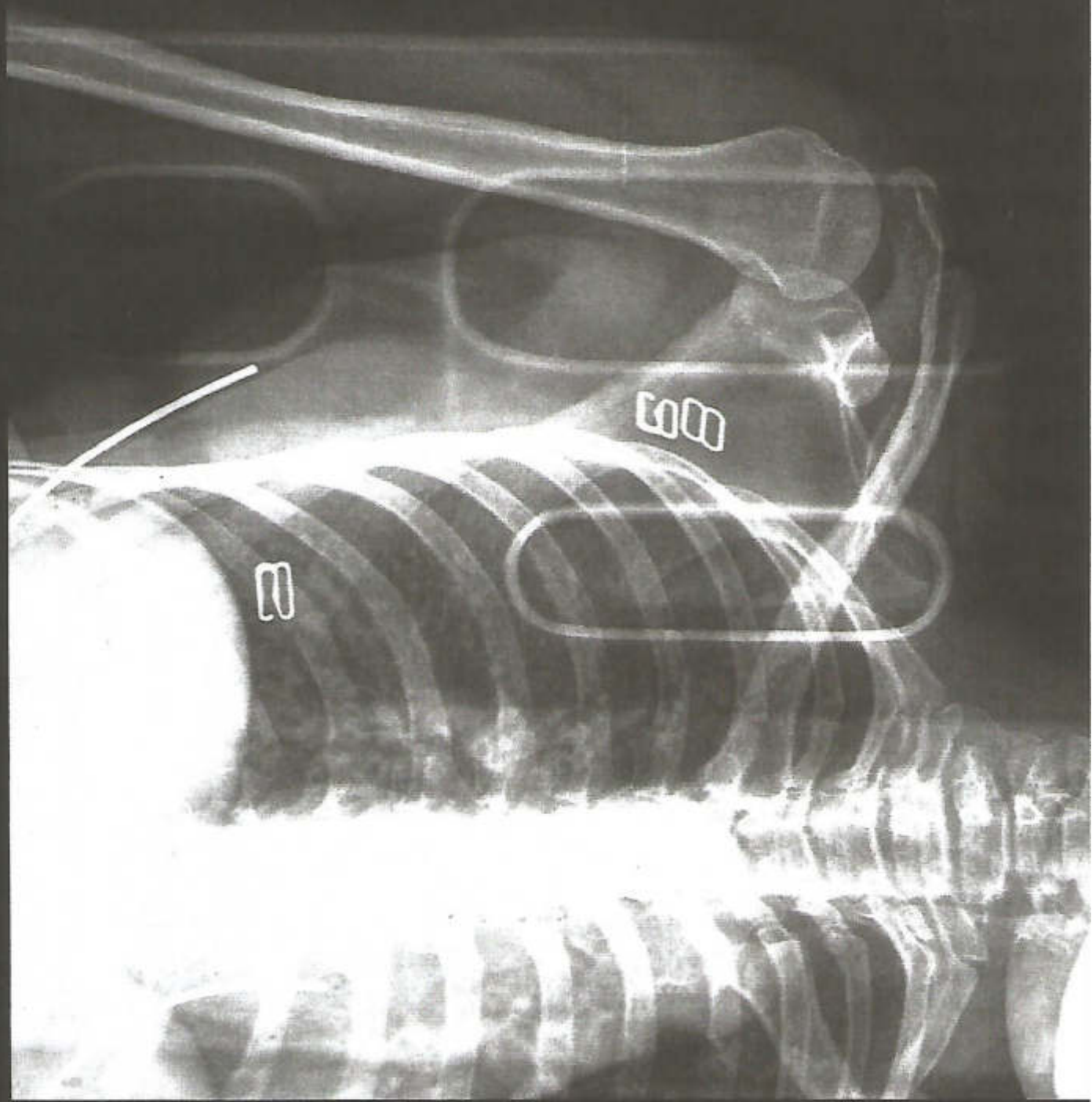
37 ANOS - RAÇA COLÓMBIA (MOTO) X BACÉ - P. Keto - Envolvidor.
Em cascata em DDR SEM capacidade total e supressores
de placa que foi carregada por populares e que
destruiu o capacete - Apresendendo algo
NA REGIÃO AXIAL, ALGIA NA REGIÃO COLO DO
UMER, ESCORIVAÇÃO ABRASIVA PELA FOLHA DE
Realizado protocolo de trauma com exames
realizados na Cervical Informado ao MR 192 que
Encaminhou ao G. HGR p/ avaliação e conduta.
com um ponto de cura contínua e S/A no transporte

ASSINATURA E CARIMBO
DR. JOSÉ PAULO MARTINS
MÉDICO EM EMERGÊNCIA SOCORRISTA
CORDEIRO 08/08/2019

21 NOV. 2019

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 31/08/18
J. A. C. M.

D



LINDESAY DO NASCIMENTO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

1/8/2018 16:05:51

63.2%

21 NOV. 2019

Jq. Ep. Martin da
3027. 013. 16964-9
Espaço reservado para preenchimento do número da conta
Obs.: Em breve você estará recebendo o seu
Cartão magnético de Pousança
Conta poupança
Mais informações consulte o site: caixa.gov.br
0800 726 0101 0800-725 7474 0800-726 2492
Reclamações, Ouvidoria Atendimento a pessoas
sugestões e elogios. 021031-1 com deficiência auditiva

21 NOV. 2019

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

209.60237.37-7

NÚMERO

0735142

SERIE

002-0

UF

RR

Lindsay M. Ribeiro

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



21 NOV. 2019

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME	LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO	LOC. DE NASC.	CARACARAÍ - RR	DATA DE NASC.	06/03/1980
FILIAÇÃO	MARIA DAS DORES NASCIMENTO RIBEIRO	DOC. APRESENTADO	R.G. 228785 SESP RR	CPF	822.825.792-01
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	TIPO DE EMPREGO	003100872607	SEÇÃO	115
LOCAL DA EMISSÃO	DRYRR	DATA DE EMISSÃO	13/09/2006	ASSINATURA DO EMISSOR	Ribeiro

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO		MOTIVO	
DATA DE NASC. DE DOCUMENTO	1/1/1/1	PARA	1/1/1/1
NOME		MOTIVO	
DOCUMENTO		MOTIVO	
NOME		MOTIVO	
DOCUMENTO		MOTIVO	
NOME		MOTIVO	
DOCUMENTO		MOTIVO	

LEGENDA

A - CANCELAMENTO	C - CANCELAMENTO	E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE	G - DATA DE NASCIMENTO
I - SEU ELETORAL	D - ADOÇÃO	F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME
ILOIRIA INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR
114807 SSP RJ

CV
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FUNÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO
ACD
CAT. A/B

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

P. HABITACAO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
30/01/2015

92485240616
30207968020

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980151096

21 NOV. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013042363146
01 00233280770 RUA: C. E. 2018

TIPO: LIBERDADE

954.410.522/51 MAG7439 CA RR

PLACA ANT. RR: 954.410.522/51 MAG7439 CA

VEICULO: HONDA/CG150TITAN MIX EX

PAS/MOTOCICLETA/150TITAN MIX EX

1. 954.410.522/51 MAG7439 CA

2. 00233280770

3. 00233280770

4. 00233280770

5. 00233280770

6. 00233280770

7. 00233280770

8. 00233280770

9. 00233280770

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU ANO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013042363146 BILHETE DE SEGURO DPVAT

954.410.522/51 MAG7439 CA

VEICULO: HONDA/CG150TITAN MIX EX

PAS/MOTOCICLETA/150TITAN MIX EX

1. 954.410.522/51 MAG7439 CA

2. 00233280770

3. 00233280770

4. 00233280770

5. 00233280770

6. 00233280770

7. 00233280770

8. 00233280770

9. 00233280770

10. 00233280770

11. 00233280770

12. 00233280770

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.250.690/0001-04

21 NOV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653012 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO **Data do acidente:** 01/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653012 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO **Data do acidente:** 01/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Lindsay do Nascimento Ribeiro
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Comerciarie
IDENTIDADE:	22.8785
ENDEREÇO:	Rua: Foz de Iguaçu - 3048, equatorial

OUTORGADO

NOME:	Sloir Snacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	334.804
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Gahão - 1832 - Curitiba

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: 03/08/2018, cobertura Inutilidade, vítima: Lindsay do Nascimento Ribeiro.

Boa Vista - RR, 18/11/2019



LOCAL E DATA

Lindsay do Nascimento Ribeiro

ASSINATURA DO OUTORGANTE

DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião
 Av. Anísio Teixeira, 4587 - Luz Sombria
 Fone: (92) 3627-4119
 E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 "LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO"

Em testemunho da verdade, OAB
 De que dou fé. Boa Vista-RR, 18 de novembro de 2019.
 Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portal.selom.com.br
 RECFIR1582966F6H574WGZ6Q221

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

21 NOV. 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411996/19

Vítima: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

CPF: 822.825.792-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/08/2018

Titular do CPF: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO : 822.825.792-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO
CPF: 822.825.792-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

MANOEL COELHO NETO