

| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>MINISTÉRIO DAS CIDADES<br>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO<br>CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| NOME<br>CLARK GLAS DE ARAUJO BEZERRA                                                                                              |                                               |
|                                                  | DOC IDENTIDADE (ORG EMISSOR)<br>162510 SSP RR |
|                                                                                                                                   | CPF<br>664.067.062-34                         |
| DATA NASCIMENTO<br>08/02/1980                                                                                                     |                                               |
| FILIAÇÃO<br>FRANCISCO DAS CRAGAS<br>BEZERRA DE LIMA<br>MARIA DAS GRACAS DE<br>ARAUJO BEZERRA                                      |                                               |
| PERMISSÃO<br>AB                                                                                                                   |                                               |
| Nº REGISTRO<br>02510239920                                                                                                        | VALIDADE<br>27/06/2022                        |
| HABILITAÇÃO<br>21/08/2002                                                                                                         |                                               |
| OBSERVAÇÕES                                                                                                                       |                                               |
| ASSINATURA DO PORTADOR<br>CLARK GLAS DE ARAUJO BEZERRA                                                                            |                                               |
| LOCAL<br>ROA VISTA, RR                                                                                                            | DATA DE EMISSÃO<br>04/07/2017                 |
| ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES<br>DIRETOR PRESIDENTE INTERINO<br>DETRAN-RR                                                     |                                               |
| ASSINATURA DO EMISSOR                                                                                                             |                                               |
| RORAIMA                                                                                                                           |                                               |

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1475625791

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1475625791

30 OUT. 2019



30 OCT. 2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190612878 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 04/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL INCOMPLETA DO RÁDIO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR (P.1)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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:** 3190612878 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 31/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL INCOMPLETA DO RÁDIO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR (P.1)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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              |

---

**Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190612878**

**Vítima: CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA**

**Data do Acidente: 08/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

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

**Senhor(a), CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA**

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, 06 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190612878**

**Vítima: CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA**

**Data do Acidente: 08/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA**

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.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 08/07/2019, emitido pelo Dr. GIVAGGO HENRIQUE RODRIGUES DA SILVA CRM nº 1803 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 664.064.062-34 4 - Nome completo da vítima: Clark Glabo de Araújo Bezerra

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

5 - Nome completo: Clark Glabo de Araújo Bezerra 6 - CPF: 664.064.062-34

7 - Profissão: Repórter 8 - Endereço: Rua: Aquino 9 - Número: 203 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: \_\_\_\_\_

15 - E-mail: leivoo@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 95199154-4282

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_

19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 00000598 (3)  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

30 OUT. 2019

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 29/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Clark Glabo de Araújo Bezerra

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026099/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/08/2019 07:52 Data/Hora Fim: 19/08/2019 08:08  
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 08/07/2019 10:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: AV. BRILHO DO SOL

Bairro: Raiar do Sol

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Não Houve            |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLARK GLAB DE ARAUJO BEZERRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista  
Profissão: Repositor  
Nome da Mãe: Maria das Graças de Araujo Bezerra

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA AQUARIO  
Complemento: CONDOMINIO AUARIS  
Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 203

30 OUT. 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a Esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia UMA MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES DE COR VERMELHA PLACA NAY-1752 CHASSI 9C2JC41209R009485 que está em nome do Sr. Manoel da Cruz Silva e seguiu pela Av. Brilho do Sol QUANDO ao tentar realizar uma Curva perdeu o controle da Motocicleta vindo a sofrer uma Queda. Que devido ao acidente o comunicante sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital por populares. Registro somente para fins do seguro DPVAT. Era o relato.

**CARTÓRIO LOUREIRO**  
DE. JOZIEL LOUREIRO  
TABELÃO E REGISTRADOR  
R. VILLA ADY, Nº 385 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (93) 3024-6897 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

AUT. Confere com o Documento Original Apresentado. Dou fé  
CGL. Em testemunho da verdade,  
Boa Vista-RR, 28/08/2019  
Emol.: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10  
Selo: REC FIR158345NYTW8Z1RHCZP4N92  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>  
CPF Solicitante: 92548789200

*Morjory C. C. Esbell Brighi*  
Escrevente Autorizada  
Cartório Loureiro



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva  
Impresso por: Emandes Ferreira Lima  
Data de Impressão: 19/08/2019 08:08  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026099/2019

ASSINATURAS

*Ermendes Ferreira*  
**Ermendes Ferreira**  
Agente de Polícia  
Mat. 042000612

Ermendes Ferreira Lima  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000612  
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima asseveradas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí em diante, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro."



**CARTÓRIO LOUREIRO** DR. JOZIEL LOUREIRO  
TABELÃO E REGISTRADOR  
AV. VILA NOVA, Nº 308 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (93) 3634-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

AUT. Conferir com o Documento Original Apresentado. Dou fe  
CGL. Em testemunho 100% da verdade.  
Boa Vista-RR, 28/08/2019  
Emol.: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10  
Selo RECFIR15834522KYV21VDMW1BJ24  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>  
CPF Solicitante: 92648789200

*Marjory C. C. Esbell Brighio*  
Escrevente Autorizada  
Cartório Loureiro



EM BRANCO  
CARTÓRIO LOUREIRO

30 OUT. 2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 664.064.062-34 4 - Nome completo da vítima: Clark Glabo de Araújo Bezerra

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

5 - Nome completo: Clark Glabo de Araújo Bezerra 6 - CPF: 664.064.062-34

7 - Profissão: Repetidor 8 - Endereço: Rua: Aquário 9 - Número: 203 10 - Complemento:

11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:

15 - E-mail: gleiver@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 9599154-4282

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 00000598 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

30 OUT. 2019

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

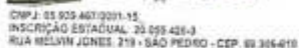
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 29/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Agosto/2019

|                                                       |                    |                                                                                                                   |                                               |  |                    |  |  |
|-------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--|--------------------|--|--|
| <b>Dados do Cliente:</b><br>CLARK GLAB ARAUJO PEREIRA |                    | <b>Endereço para entrega:</b><br>RUA AGUIAR, BL.. 1-1 - AP.. 01 - JARDIM -<br>CIDADE SATELITE RUA VISTA Nº 17-482 |                                               |  |                    |  |  |
| Inscrição<br><b>001.031.074.0010.312</b>              | Rota<br><b>17</b>  | Seq.Rota<br><b>710</b>                                                                                            | Quantidade de Economias<br><b>RESIDENCIAL</b> |  |                    |  |  |
| Hidrômetro<br><b>NÃO MEDIDO</b>                       | Data de Instalação | Situação Água<br><b>CORTADO</b>                                                                                   | Situação Esgoto<br><b>LIGADO</b>              |  |                    |  |  |
| <b>ANTERIOR</b>                                       |                    | <b>ATUAL</b>                                                                                                      | <b>CONSUMO (m³)</b>                           |  | <b>NUM DE DIAS</b> |  |  |
| <b>LEITURA FAT.</b>                                   |                    |                                                                                                                   | <b>10</b>                                     |  | <b>0</b>           |  |  |
| <b>LEITURA INF.</b>                                   |                    |                                                                                                                   |                                               |  |                    |  |  |
| <b>DT. LEITURA</b>                                    |                    |                                                                                                                   |                                               |  |                    |  |  |

| ULTIMOS CONSUMOS |      | Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor                                                        |       |          |      |          |        |
|------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|------|----------|--------|
|                  |      | Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição<br>DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M |       |          |      |          |        |
|                  |      | AMOSTRAS                                                                                           | CLORO | TURBIDEZ | ODOR | C.TOTALS | E.COLT |
| 201907           | 10-0 |                                                                                                    |       |          |      |          |        |
| 201906           | 10-0 |                                                                                                    |       |          |      |          |        |
| 201905           | 10-0 |                                                                                                    |       |          |      |          |        |
| 201904           | 10-0 |                                                                                                    |       |          |      |          |        |
| 201903           | 10-0 |                                                                                                    |       |          |      |          |        |
| 201902           | 10-0 |                                                                                                    |       |          |      |          |        |
| MEDIA            | 10   |                                                                                                    |       |          |      |          |        |

| DESCRICAO                      | CONSUMO                 | TOTAL(R\$) |
|--------------------------------|-------------------------|------------|
| AQUA                           |                         |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)       |                         |            |
| CONSUMO DE AQUA                | 10 M3                   | 23,83      |
| ESGOTO                         | 80.0 % DO VALOR DE ÁGUA | 19,06      |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019 |                         | 0,85       |

|               |  |       |
|---------------|--|-------|
| TOTAL A PAGAR |  | 43,74 |
|---------------|--|-------|

AVISO: EM 30/06/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

IMPRESSO IM: 96/98/2819 05:04:3

Vita do Cliente



| MATRÍCULA | REFERENCIA | VENCIMIENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|-------------|---------------|
| 1148836   | 88/2019    | 15/05/2019  | 43,74         |



5200 4/1/11

30 OUT. 2019

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 601 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 360/13

Nº da Nota Fiscal 003539251

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS   | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-------------|------------|---------------|---------------------|
| AGOSTO/2019 | 11/09/2019 | 133           | 233,33              |

ILOIR INACIO DE SOUZA  
R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 BURITIS  
CPF: 00038305151204  
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021730

| DADOS DA LEITURA           | kWh   | kVArh | DATAS DA LEITURA            |
|----------------------------|-------|-------|-----------------------------|
| Atual                      | 54144 |       | Atual: 27/08/2019           |
| Anterior                   | 54011 |       | Anterior: 25/07/2019        |
| Constante de Multiplicação | 1,000 |       | Próxima Leitura: 26/09/2019 |
| Consumo Medido             | 133   |       | Emissão: 26/08/2019         |
| Consumo Faturado           | 133   | FCAM  | Apresentação: 27/08/2019    |

NORMAL

33

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA               |         |                                     |           |             |              |
|--------------------------------------------|---------|-------------------------------------|-----------|-------------|--------------|
| Classe/Subclasse                           | Ligação | Número Medidor                      | Posto     | Código Fel. | Mês 12 meses |
| RESIDENCIAL                                | BI      | 2207345                             | N 1519404 | 1.1.1.2     | 211          |
| HISTÓRICO kWh                              |         | DESCRIÇÃO DA CONTA                  |           |             |              |
| Mês/ano consumo                            |         | CONSUMO 133 A R\$ 0,772737 = 102,77 |           |             |              |
| OUT/19                                     | 13      | DESC. S/MULTA PARCELAM. 6/7         |           |             | 0,91-        |
| SEP/19                                     | 206     | DESC. S/JUROS PARCELAM. 6/7         |           |             | 1,49-        |
| AUG/19                                     | 168     | CORR MONETARIA TCD CIG 6/7          |           |             | 3,82         |
| ABR/19                                     | 269     | PARCELAMENTO DE DEBITO 6/7          |           |             | 87,09        |
| MAR/19                                     | 279     | ILUMINACAO PUBLICA                  |           |             | 42,05        |
| FEV/19                                     | 203     |                                     |           |             |              |
| JAN/19                                     | 187     |                                     |           |             |              |
| DEZ/18                                     | 181     |                                     |           |             |              |
| NOV/18                                     | 258     |                                     |           |             |              |
| OUT/18                                     | 262     |                                     |           |             |              |
| TARIFA SDI TRIBUTOS:<br>0 A 133 - 0,634520 |         |                                     |           |             |              |

# MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 07/2019  
Valor R\$: 252,31

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/09/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavizadas no valor de R\$ 560,95 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 4557.A4A1.BAA2.0893.93AF.DE2C.6117.FAD4

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |
|---------------------------|-------------------------|
| Distribuição: 26,14       | Base de Cálculo: 102,77 |
| Energia: 55,40            | Alíquota ICMS: 17,00%   |
| Transmissão: 0,00         | Valor do ICMS: 17,47    |
| Encargos: 2,87            | Valor do PIS: 0,15      |
| Tributos: 18,36           | Valor do COFINS: 0,74   |

# INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99  
1,08 5,00 0,31

FLORESTA

06/2019

67,58

ROT: 5.001.12.04.021730



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez 601 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual 24.007.022-3

SEU CÓDIGO  
0109029-1

TOTAL A PAGAR - R\$  
233,33

MÊS FATURADO  
08/2019

VENCIMENTO  
11/09/2019

003539251 FCAM

83690000002 4 33330075000 2 000000000109 9 02910819008 2



SEQ.: 00071 UC: 0109029-1 DT.LEIT.: 27/08/2019 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 54144 NORMAL TOTAL: 233,33 CARGA: 008  
DT.VENC.: 11/09/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

30 OUT. 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO; <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inacio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051-512 / 04

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

Clark Glauco Araújo Bezerra

inscrito (a) no CPF sob o Nº 664.064.062 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez

da Vítima Clark Glauco Araújo Bezerra

inscrito (a) no CPF sob o Nº 664.064.062 / 34

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 LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua: Antonio Pinheiro Calvão

Bairro: Buixis

Cidade: Boa Vista

Número: 3832

Complemento: \_\_\_\_\_

E-mail: ilairr@hotmail.com

Estado: RR

CEP: 69.309-209

Tel. (DDD): 99 9954-4282

Local e Data: Boa Vista - RR, 23/10/19

Assinatura do Declarante

1901132956 08/07/2019 11:05:32 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 22

Paciente: CLARK GLAB ARAUJO BEZERRA Data Nascimento: 08/02/1980 Idade: 39 A 5 M 0 D CNS: CPF: 66406706234 Prontuário: 00009235  
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade  
IDENTIDADE: 162510 SSP M SOLTEIRO(A) BRANCA BOA VISTA - RR BRASILEIRA  
Mãe: Pai: Contato: Ocupação:  
MARIA DAS GRACAS A. BEZERRA FRANCISCO DAS CHAGAS A. LIMA (95) 99152-0750 RECEPCIONISTA  
Endereço: RUA - AQUARIO APTO 203 BLOCO II - SN - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR

Class. do Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:  
Motivo do Atendimento: Caráter do Atendimento: Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:  
OUTROS URGÊNCIA  
Setor: Tipo de Chogada: Procedimento Sol.: Registrado por:  
GRANDE TRAUMA DEMANDA ESPONTANEA REILA RODRIGUES

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febil ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC: TOTAL: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: 11:06 h) Colisão: inato vs murto.

Exame Físico: Dor e deformidade do ombro go. D.

Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE RADIO ULNAR SEM DESALINHAMENTO.

SAD - Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO: D Tilotile 40 - 2x 12h  
D DILIPERNA 1g 1x 12h  
ORTOMANIA: Gesso AXILOPULMAR

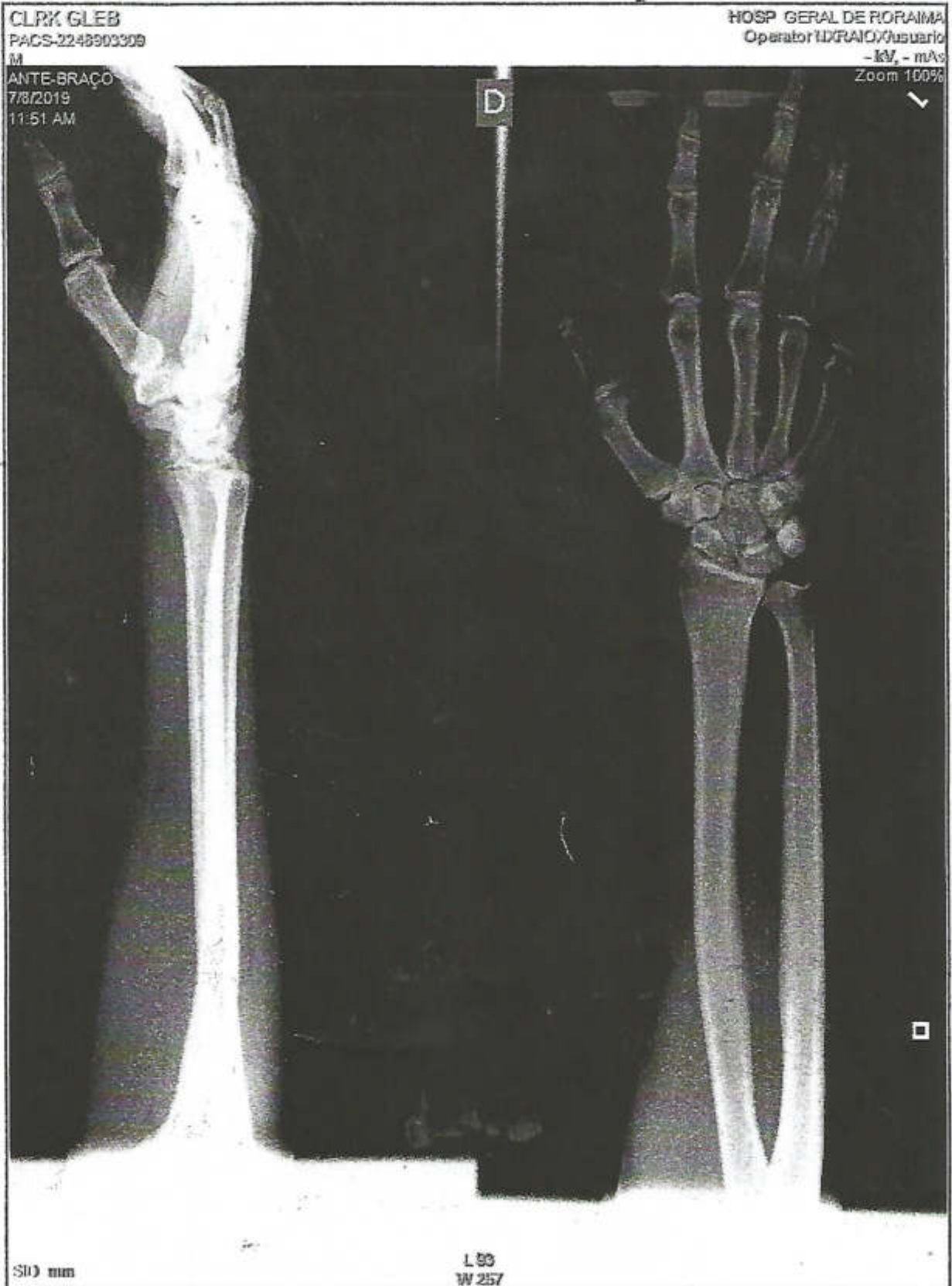
Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:  
☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico



**Not intended for official interpretation.**



30 OUT. 2019

**Not intended for official interpretation.**

CLRK GLEB  
PACS-2248903309

HOSP GERAL DE RORAIMA  
Operator IXRAY/Osuario

M  
ANTE-BRAÇO  
7/8/2019  
11:50 AM

- kV, - mAs  
Zoom 100%



SID mm

L 57  
W 252

30 OUT. 2019