

Atividade: Energia Elétrica

Rua: Capelinha, 100 - Fátima - Boa Vista - RR

CNPJ: 00.000.000/0001-00 - Telefone: 24.001.0000

Endereço: Rua: Capelinha, 100 - Fátima - Boa Vista - RR

Regime especial de tributação: Imposto sobre o Valor Agregado (ICMS)

Atividade: Energia Elétrica

Atividade: Energia Elétrica

Atividade: Energia Elétrica

CONTADOR	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAT/2019	11/06/2019	234	200,66

PAULO REGINO DE SOUZA SOBRINHO

R. BELARMINO I MACADAMAS, 1967-2 TANCREDO NEVES

CPF: 000.000.000-00

CEP: 69.113-100 BOA VISTA

ROT: 6.000.13.13.031004

DADOS DA LEITURA		ROT: 6.000.13.12.031004
	kWh	kVAh
Atual	16685	
Anterior	16451	
Constante de Multiplicação	1,000	
Consumo Medido	234	
Consumo Estimado	234	FCAN

DADOS DA LEITURA	
Atual	26/05/2019
Anterior	25/04/2019
Próxima Leitura	25/06/2019
Erros: 0	27/05/2019
Apresentação	26/05/2019

NORMAL

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Atividade	Segmento	Posto	Atividade	Atividade
RESIDENCIAL	01	14TDB00301N	1517761	1.1.1.2	435

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
ABR/19 473	CONSUMO 234 A R\$ 0,76460 = 178,91
MAR/19 402	ELIMINACAO PUBLICA - 21,75
FEV/19 653	
JAN/19 1046	
DEZ/18 550	
NOV/18 387	
OUT/18 354	
SET/18 270	
AUG/18 328	
JUL/18 258	
JUN/18 258	
MAY/18 258	
ABR/18 258	
MAR/18 258	
FEB/18 258	
JAN/18 258	
DEZ/17 258	
NOV/17 258	
OCT/17 258	
SET/17 258	
AUG/17 258	
JUL/17 258	
JUN/17 258	
MAY/17 258	
ABR/17 258	
MAR/17 258	
FEB/17 258	
JAN/17 258	
DEZ/16 258	
NOV/16 258	
OCT/16 258	
SET/16 258	
AUG/16 258	
JUL/16 258	
JUN/16 258	
MAY/16 258	
ABR/16 258	
MAR/16 258	
FEB/16 258	
JAN/16 258	
DEZ/15 258	
NOV/15 258	
OCT/15 258	
SET/15 258	
AUG/15 258	
JUL/15 258	
JUN/15 258	
MAY/15 258	
ABR/15 258	
MAR/15 258	
FEB/15 258	
JAN/15 258	
DEZ/14 258	
NOV/14 258	
OCT/14 258	
SET/14 258	
AUG/14 258	
JUL/14 258	
JUN/14 258	
MAY/14 258	
ABR/14 258	
MAR/14 258	
FEB/14 258	
JAN/14 258	
DEZ/13 258	
NOV/13 258	
OCT/13 258	
SET/13 258	
AUG/13 258	
JUL/13 258	
JUN/13 258	
MAY/13 258	
ABR/13 258	
MAR/13 258	
FEB/13 258	
JAN/13 258	
DEZ/12 258	
NOV/12 258	
OCT/12 258	
SET/12 258	
AUG/12 258	
JUL/12 258	
JUN/12 258	
MAY/12 258	
ABR/12 258	
MAR/12 258	
FEB/12 258	
JAN/12 258	
DEZ/11 258	
NOV/11 258	
OCT/11 258	
SET/11 258	
AUG/11 258	
JUL/11 258	
JUN/11 258	
MAY/11 258	
ABR/11 258	
MAR/11 258	
FEB/11 258	
JAN/11 258	
DEZ/10 258	
NOV/10 258	
OCT/10 258	
SET/10 258	
AUG/10 258	
JUL/10 258	
JUN/10 258	
MAY/10 258	
ABR/10 258	
MAR/10 258	
FEB/10 258	
JAN/10 258	
DEZ/09 258	
NOV/09 258	
OCT/09 258	
SET/09 258	
AUG/09 258	
JUL/09 258	
JUN/09 258	
MAY/09 258	
ABR/09 258	
MAR/09 258	
FEB/09 258	
JAN/09 258	
DEZ/08 258	
NOV/08 258	
OCT/08 258	
SET/08 258	
AUG/08 258	
JUL/08 258	
JUN/08 258	
MAY/08 258	
ABR/08 258	
MAR/08 258	
FEB/08 258	
JAN/08 258	
DEZ/07 258	
NOV/07 258	
OCT/07 258	
SET/07 258	
AUG/07 258	
JUL/07 258	
JUN/07 258	
MAY/07 258	
ABR/07 258	
MAR/07 258	
FEB/07 258	
JAN/07 258	
DEZ/06 258	
NOV/06 258	
OCT/06 258	
SET/06 258	
AUG/06 258	
JUL/06 258	
JUN/06 258	
MAY/06 258	
ABR/06 258	
MAR/06 258	
FEB/06 258	
JAN/06 258	
DEZ/05 258	
NOV/05 258	
OCT/05 258	
SET/05 258	
AUG/05 258	
JUL/05 258	
JUN/05 258	
MAY/05 258	
ABR/05 258	
MAR/05 258	
FEB/05 258	
JAN/05 258	
DEZ/04 258	
NOV/04 258	
OCT/04 258	
SET/04 258	
AUG/04 258	
JUL/04 258	
JUN/04 258	
MAY/04 258	
ABR/04 258	
MAR/04 258	
FEB/04 258	
JAN/04 258	
DEZ/03 258	
NOV/03 258	
OCT/03 258	
SET/03 258	
AUG/03 258	
JUL/03 258	
JUN/03 258	
MAY/03 258	
ABR/03 258	
MAR/03 258	
FEB/03 258	
JAN/03 258	
DEZ/02 258	
NOV/02 258	
OCT/02 258	
SET/02 258	
AUG/02 258	
JUL/02 258	
JUN/02 258	
MAY/02 258	
ABR/02 258	
MAR/02 258	
FEB/02 258	
JAN/02 258	
DEZ/01 258	
NOV/01 258	
OCT/01 258	
SET/01 258	
AUG/01 258	
JUL/01 258	
JUN/01 258	
MAY/01 258	
ABR/01 258	
MAR/01 258	
FEB/01 258	
JAN/01 258	
DEZ/00 258	
NOV/00 258	
OCT/00 258	
SET/00 258	
AUG/00 258	
JUL/00 258	
JUN/00 258	
MAY/00 258	
ABR/00 258	
MAR/00 258	
FEB/00 258	
JAN/00 258	
DEZ/99 258	
NOV/99 258	
OCT/99 258	
SET/99 258	
AUG/99 258	
JUL/99 258	
JUN/99 258	
MAY/99 258	
ABR/99 258	
MAR/99 258	
FEB/99 258	
JAN/99 258	
DEZ/98 258	
NOV/98 258	
OCT/98 258	
SET/98 258	
AUG/98 258	
JUL/98 258	
JUN/98 258	
MAY/98 258	
ABR/98 258	
MAR/98 258	
FEB/98 258	
JAN/98 258	
DEZ/97 258	
NOV/97 258	
OCT/97 258	
SET/97 258	
AUG/97 258	
JUL/97 258	
JUN/97 258	
MAY/97 258	
ABR/97 258	
MAR/97 258	
FEB/97 258	
JAN/97 258	
DEZ/96 258	
NOV/96 258	
OCT/96 258	
SET/96 258	
AUG/96 258	
JUL/96 258	
JUN/96 258	
MAY/96 258	
ABR/96 258	
MAR/96 258	
FEB/96 258	
JAN/96 258	
DEZ/95 258	
NOV/95 258	
OCT/95 258	
SET/95 258	
AUG/95 258	
JUL/95 258	
JUN/95 258	
MAY/95 258	
ABR/95 258	
MAR/95 258	
FEB/95 258	
JAN/95 258	
DEZ/94 258	
NOV/94 258	
OCT/94 258	
SET/94 258	
AUG/94 258	
JUL/94 258	
JUN/94 258	
MAY/94 258	
ABR/94 258	
MAR/94 258	
FEB/94 258	
JAN/94 258	
DEZ/93 258	
NOV/93 258	
OCT/93 258	
SET/93 258	
AUG/93 258	
JUL/93 258	
JUN/93 258	
MAY/93 258	
ABR/93 258	
MAR/93 258	
FEB/93 258	
JAN/93 258	
DEZ/92 258	
NOV/92 258	
OCT/92 258	
SET/92 258	
AUG/92 258	
JUL/92 258	
JUN/92 258	
MAY/92 258	
ABR/92 258	
MAR/92 258	
FEB/92 258	
JAN/92 258	
DEZ/91 258	
NOV/91 258	
OCT/91 258	
SET/91 258	
AUG/91 258	
JUL/91 258	
JUN/91 258	
MAY/91 258	
ABR/91 258	
MAR/91 258	
FEB/91 258	
JAN/91 258	
DEZ/90 258	
NOV/90 258	
OCT/90 258	
SET/90 258	
AUG/90 258	
JUL/90 258	
JUN/90 258	
MAY/90 258	
ABR/90 258	
MAR/90 258	
FEB/90 258	
JAN/90 258	
DEZ/89 258	
NOV/89 258	
OCT/89 258	
SET/89 258	
AUG/89 258	
JUL/89 258	
JUN/89 258	
MAY/89 258	
ABR/89 258	
MAR/89 258	
FEB/89 258	
JAN/89 258	
DEZ/88 258	
NOV/88 258	
OCT/88 258	
SET/88 258	
AUG/88 258	
JUL/88 258	
JUN/88 258	
MAY/88 258	
ABR/88 258	
MAR/88 258	
FEB/88 258	
JAN/88 258	
DEZ/87 258	
NOV/87 258	
OCT/87 258	
SET/87 258	
AUG/87 258	
JUL/87 258	
JUN/87 258	
MAY/87 258	
ABR/87 258	
MAR/87 258	
FEB/87 258	
JAN/87 258	
DEZ/86 258	
NOV/86 258	
OCT/86 258	
SET/86 258	
AUG/86 258	
JUL/86 258	
JUN/86 258	
MAY/86 258	
ABR/86 258	
MAR/86 258	
FEB/86 258	
JAN/86 258	
DEZ/85 258	
NOV/85 258	
OCT/85 258	
SET/85 258	
AUG/85 258	
JUL/85 258	
JUN/85 258	
MAY/85 258	
ABR/85 258	
MAR/85 258	
FEB/85 258	
JAN/85 258	
DEZ/84 258	
NOV/84 258	
OCT/84 258	
SET/84 258	
AUG/84 258	
JUL/84 258	
JUN/84 258	
MAY/84 258	
ABR/84 258	
MAR/84 258	
FEB/84 258	
JAN/84 258	
DEZ/83 258	
NOV/83 258	
OCT/83 258	
SET/83 258	
AUG/83 258	
JUL/83 258	
JUN/83 258	
MAY/83 258	
ABR/83 258	
MAR/83 258	
FEB/83 258	
JAN/83 258	
DEZ/82 258	
NOV/82 258	
OCT/82 258	
SET/82 258	
AUG/82 258	
JUL/82 258	
JUN/82 258	
MAY/82 258	
ABR/82 258	
MAR/82 258	
FEB/82 258	
JAN/82 258	
DEZ/81 258	
NOV/81 258	
OCT/81 258	
SET/81 258	
AUG/81 258	
JUL/81 258	
JUN/81 258	
MAY/81 258	
ABR/81 258	
MAR/81 258	
FEB/81 258	
JAN/81 258	
DEZ/80 258	
NOV/80 258	
OCT/80 258	
SET/80 258	
AUG/80 258	
JUL/80 258	
JUN/80 258	
MAY/80 258	
ABR/80 258	
MAR/80 258	
FEB/80 258	
JAN/80 258	
DEZ/79 258	
NOV/79 258	
OCT/79 258	
SET/79 258	
AUG/79 258	
JUL/79 258	
JUN/79 258	
MAY/79 258	
ABR/79 258	
MAR/79 258	
FEB/79 258	
JAN/79 258	
DEZ/78 258	
NOV/78 258	
OCT/78 258	
SET/78 258	
AUG/78 258	
JUL/78 258	
JUN/78 258	
MAY/78 258	
ABR/78 258	
MAR/78 258	
FEB/78 258	
JAN/78 258	
DEZ/77 258	
NOV/77 258	
OCT/77 258	
SET/77 258	
AUG/77 258	
JUL/77 258	
JUN/77 258	
MAY/77 258	
ABR/77 258	
MAR/77 258	
FEB/77 258	
JAN/77 258	
DEZ/76 258	
NOV/76 258	
OCT/76 258	
SET/76 258	
AUG/76 258	
JUL/76 258	
JUN/76 258	
MAY/76 258	
ABR/76 258	
MAR/76 258	
FEB/76 258	
JAN/76 258	
DEZ/75 258	
NOV/75 258	
OCT/75 258	
SET/75 258	
AUG/75 258	
JUL/75 258	
JUN/75 258	
MAY/75 258	
ABR/75 258	
MAR/75 258	
FEB/75 258	
JAN/75 258	
DEZ/74 258	
NOV/74 258	
OCT/74 258	
SET/74 258	
AUG/74 258	
JUL/74 258	
JUN/74 258	
MAY/74 258	
ABR/74 258	
MAR/74 258	
FEB/74 258	
JAN/74 258	
DEZ/73 258	
NOV/73 258	
OCT/73 258	
SET/73 258	
AUG/73 258	
JUL/73 258	
JUN/73 258	
MAY/73 258	
ABR/73 258	
MAR/73 258	
FEB/73 258	
JAN/73 258	
DEZ/72 258	
NOV/72 258	
OCT/72 258	
SET/72 258	
AUG/72 258	
JUL/72 258	
JUN/72 258	
MAY/72 258	
ABR/72 258	
MAR/72 258	
FEB/72 258	
JAN/72 258	
DEZ/71 258	
NOV/71 258	
OCT/71 258	
SET/71 258	
AUG/71 258	
JUL/71 258	
JUN/71 258	
MAY/71 258	
ABR/71 258	
MAR/71 258	
FEB/71 258	
JAN/71	

CAER

CNPJ: 05.939.467/0001-15
 Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
 FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0
03/2019	0	02/2019	0	01/2019	0

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E
 SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRazo PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



CAER

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 2212 (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 Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Sérgio Duarte do Rego inscri (a) no CPF sob o Nº 934.088.202 / 44 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitin Paulo Sérgio Duarte do Rego inscrito (a) no CPF sob o Nº / conform determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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: 05		Número	Complemento
Bairro	Cidade Satélite	Cidade	Boa Vista	121	
Email	nonatosilva638@gmail.com		Estado	RR	CEP 69.317-471
			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				(95) 99114-4021	

Boa Vista, RR de Novembro de 19
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Charles James Araújo Sales
RG nº 72.625 data de expedição 04/12/1985
Órgão SSP/RJ portador do CPF nº 22567186204
com domicílio na cidade de Boa Vista no Estado de Roraima
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Francisco Antônio de Andrade nº 1806
complemento Casa declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Paulo Sérgio Duarte do Rego cujo o condutor era
Paulo Sérgio Duarte do Rego
Veículo: Moto Modelo: Yamaha Ano: 2017
Placa: NAR 1373 Chassi: 9C6DG2510H0045620
Data do Acidente: 13/09/2019

Local e Data:

CARTÓRIO LOUREIRO

Assinatura do Declarante

Paulo Sérgio Duarte do Rego

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO LOUREIRO

DR. JOZIEL LOUREIRO

TABELÃO E REGISTRADOR

ATENDIMENTO: 0800 022 12 06

REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s):

[M421240]-CHARLES JAMES ARAUJO SALES

ACS Em testemunho

da verdade Boa Vista: 17/10/2019

Enviado: 24.5.FUNDEJURR 0.25.FISC 0.10.FECON 0.10.ISS 0.10.Vr Selo 1.5

Selo: REC FIR 158345LWMOF22M042G491 N° Ticket: 00348

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>

CPF Solicitante: 22567186204

Dr. Edson Severino de Sousa Júnior
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro

NOTA: Certifico que o presente documento
apresentado neste Cartório na data
indicada no carimbo eletrônico de
reconhecimento. Dou fé.



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

1ª Classificação

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901161257 13/09/2019 09:51:25 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 5

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário

PAULO SERGIO DUARTE DO REGO 05/11/1982 36 A 10 M 8 D 93408820244

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

M Mãe Pai Contato

FRANCISCA DUARTE DO REGO ITELITO PINTO DO REGO (95) 99151-4376

Endereço Ocupação

RUA - FRANCISCO CUSTÓDIO DE ANDRADE - 1806 - TANCREDO NEVES - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA

Sector Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por

GRANDE TRAUMA DEMANDA ESPONTANEA EDVAN.NASCIMENTO

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem *QUEDA DE MOTO*

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

*VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO GICORIAS COM
MÃO @, JOELHO @, PÉ @*

Exame Físico

B66/1084 mm, CORPO, INHABILITADO, CURNICA

Hipótese Diagnóstica

LESÃO LIGAMENTAR? LIGAMENTAR

SADT - Exames Complementares

☐ RAO -X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

ODIPIRONA 2g 6V 10/11/2019

*Dr. Luiz Fernando Junges
RQE: 759 / CRM-RR 1583*

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☒ Transferência para: 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

Impresso por: edvan.nascimento

Data Hora: 13/09/2019 09:52:32

1901161257

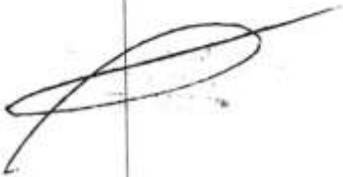
otoposia

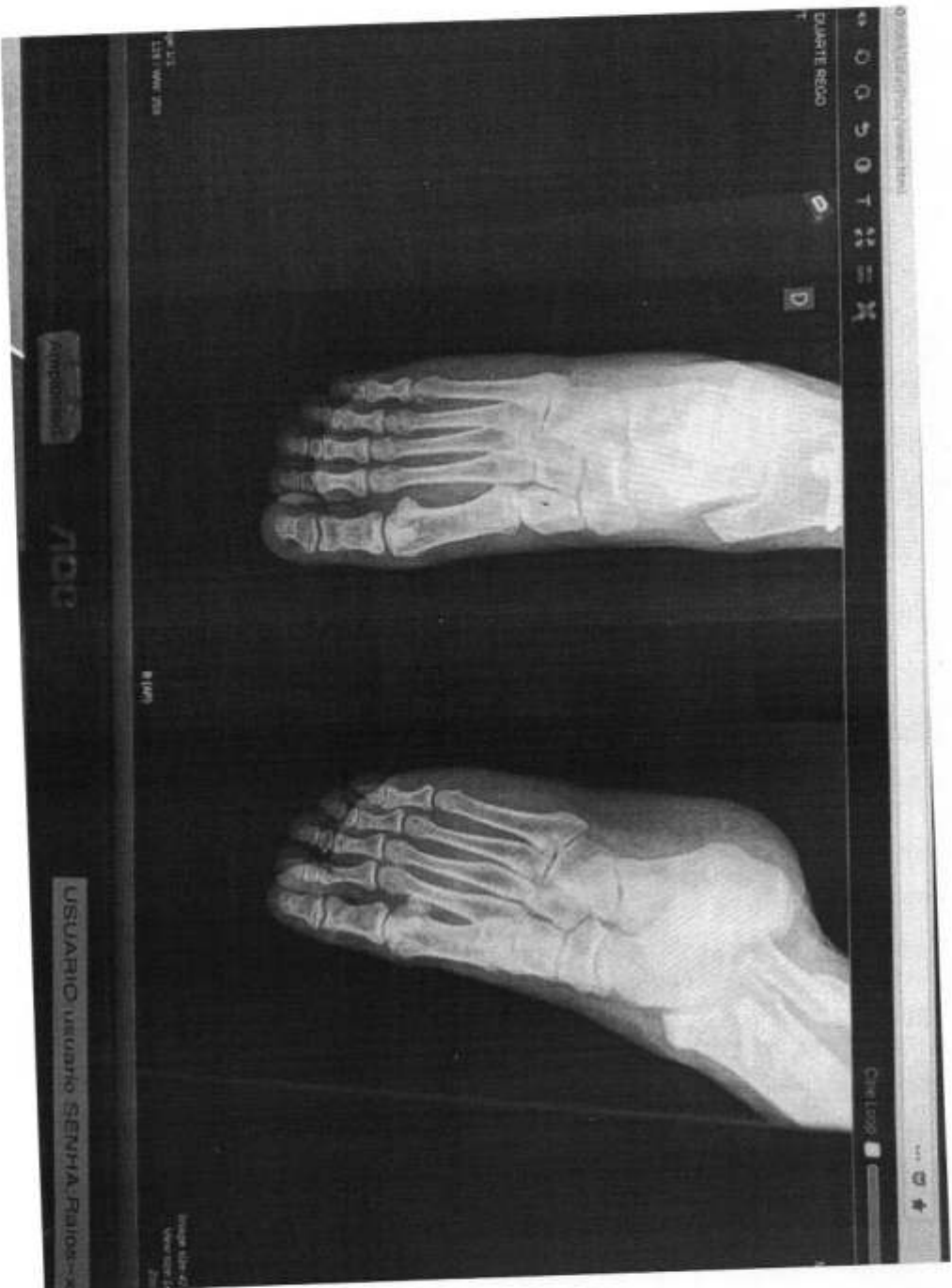
Paciente visita de Acompanhante de Transição (noto),
comwinho com tumor cutâneo em pé e
Reação para dieta.

ex. fun

nu

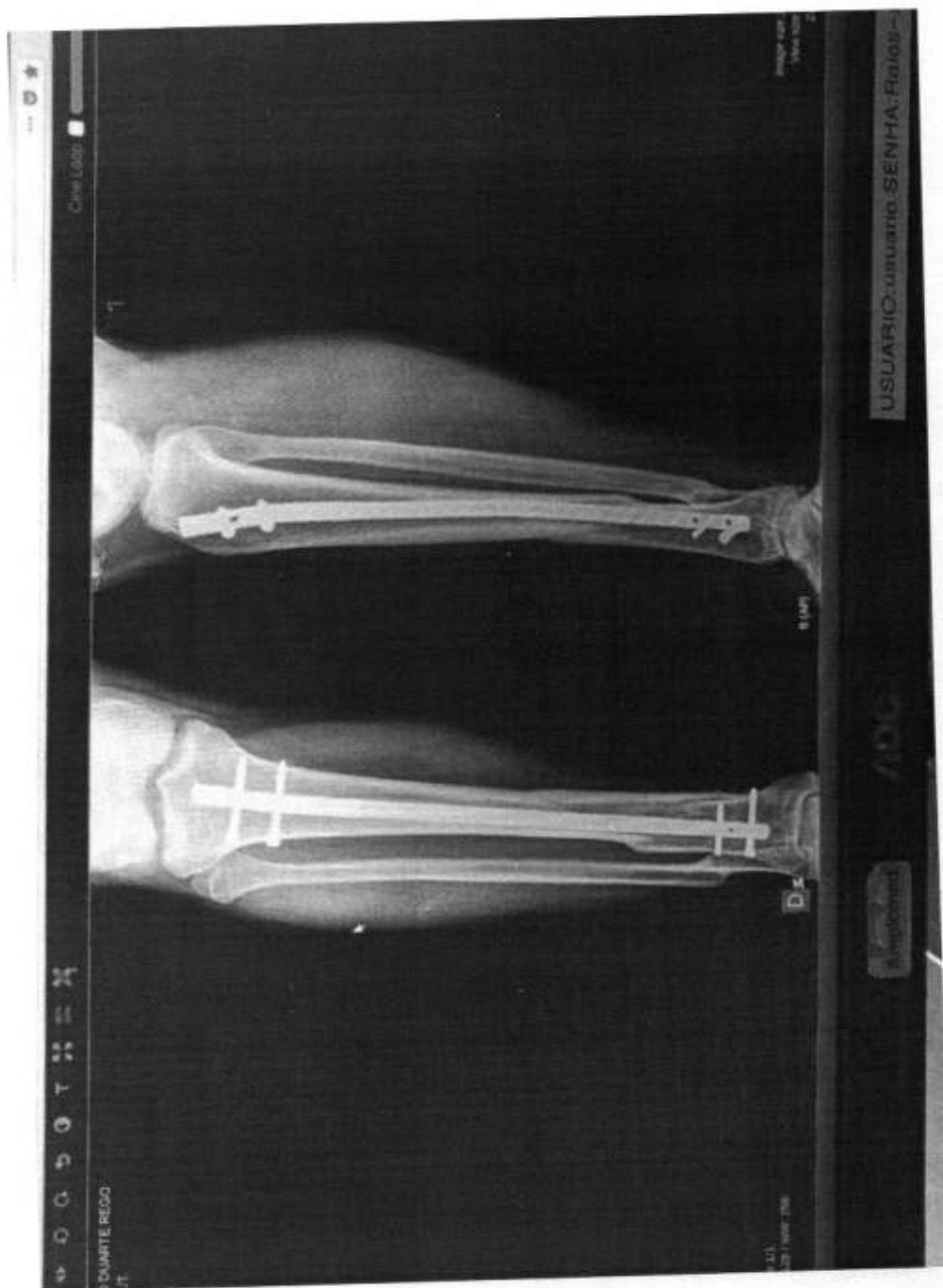
HO. Tumor cutâneo em
transição (E)



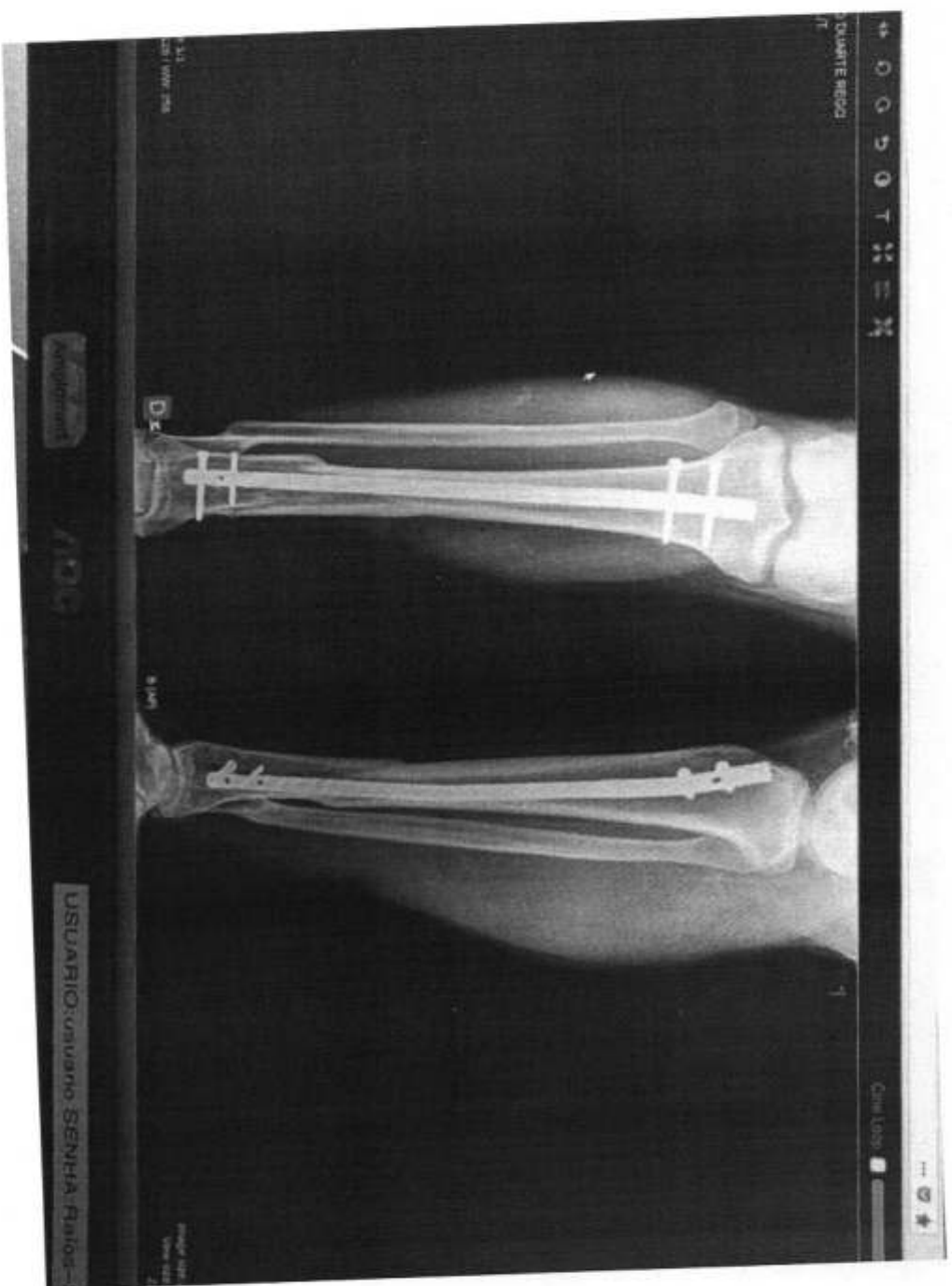












GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

LEI Nº 1.191, DE 1958

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

PAULO SÉRGIO PINHO DO REGO

POLEGAR DIREITO




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº de Registro: 1706479-1

Nome: PAULO SÉRGIO PINHO DO REGO

Nascimento: 09/06/2010

Residência: FRANCISCA DOARTE DO REGO

SANTAREM - PA

Naturalidade: 05/11/1982

CPF: 057.745.839-245

CEPT. NASC. N. 48.839 FL. 245

EV. A-55 CAR. 8. OF. MANAUS - AM

CPF: 057.745.839-245

PAÇOS - DM

LEI Nº 7.716 DE 2008

2A VIA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

934.088.202-44

Nome

PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

Nascimento

05/11/1982



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Posição Direita



Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

DATA DE EXPEDIENTE 28/01/2016

NOME **RAIMUNDO NONATO SILVA**

FILIAÇÃO

NOME **VANGELINA PEREIRA SILVA**

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

LOCAL DO NASCIMENTO

CERTID. NASC. 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE - MA

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1968

CPF

475.628.463-91

3 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
PREFEITO MUNICIPAL

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

P 7

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416963/19

Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

CPF: 934.088.202-44

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO SERGIO DUARTE
DO REGO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

PAULO SERGIO DUARTE DO REGO : 934.088.202-44

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: 26/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658878 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PG 4 6 7 8

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658878 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PG 4 6 7 8

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416963/19

Número do Sinistro: 3190658878

Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

CPF: 934.088.202-44

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

PAULO SERGIO DUARTE DO REGO : 934.088.202-44

Autorização de pagamento

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: 06/12/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416963/19

Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

CPF: 934.088.202-44

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/09/2019

Titular do CPF: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

PAULO SERGIO DUARTE DO REGO : 934.088.202-44

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: 26/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416963/19

Número do Sinistro: 3190658878

Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

CPF: 934.088.202-44

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

PAULO SERGIO DUARTE DO REGO : 934.088.202-44

Autorização de pagamento

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: 04/12/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190658878 Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

Data do Acidente: 13/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

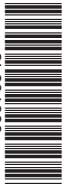
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658878

Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190658878 Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

Data do Acidente: 13/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658878

Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **PAULO SERGIO DUARTE DO REGO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002897**

Conta: **0000042961-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0889 CONTA: 00042961 4 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.

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 (vairascor)? ☐ 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

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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3190658070

3 - CPF da vítima:

934.088.202-44

4 - Nome completo da vítima:

PAULO SERGIO DUARTE DO RESO

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

5 - Nome completo:

Paulo Sergio Duarte do Reso

7 - Profissão:

Recusou

8 - Endereço:

Rua Belarmino Fernandes MA

11 - Bairro:

TANCREDOS MEUS

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

15 - E-mail:

monosilva638@gmail.com

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0897

CONTA:

00042961

4

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

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 (ou 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 (se 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

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 13/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: **3190658838** 3 - CPF da vítima: **934.088.202-44** 4 - Nome completo da vítima: **Paulo Sergio Duarte do Rego**

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

5 - Nome completo: **Paulo Sergio Duarte do Rego** 6 - CPF: **934.088.202-44**

7 - Profissão: **Recusou** 8 - Endereço: **Rua Belarmino Fernandes** 9 - Número: **1967** 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **TANCARÉDO NEVES** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69313-485**

15 - E-mail: **monato.silva.638@gmail.com** 16 - Tel. (DDD): **195** 17 - Tel.: **991144021**

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0897**

CONTA: **00042961**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (ou nascos)? ☐ 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

Assinatura legível 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 06/12/19**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031693/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 13:02 Data/Hora Fim: 20/09/2019 13:20
Origem: Polícia Judiciária Data: 20/09/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 13/09/2019 09:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Francisco custódio de Andrade

Bairro: Tancredo Neves

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Santarém Sexo: Masculino Nasc: 05/11/1982
Profissão: Desempregado Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Francisca Duarte do Rego Nome do Pai: Istelito Pinto do Rego

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 934.088.202-44

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Berlarmino Fernandes Magalhães Nº: 1967
Complemento: Apartamento 02
Bairro: Tancredo Neves
Telefone: (95) 99152-4369 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 225.671.862-04	Placa NAR1373
Renavam 01113811398	Número do Motor G3C5E-056131
Número do Chassi 9C6DG2510H0045620	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor CINZA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED
Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 31/03/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 20/09/2019 13:20
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

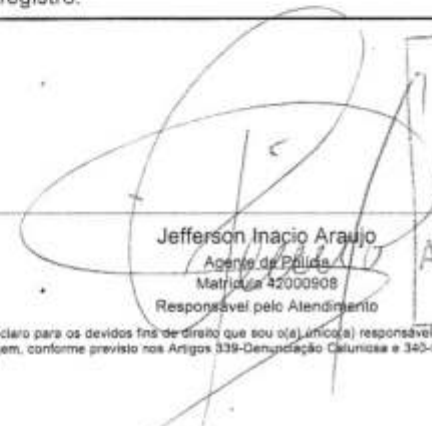
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031693/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Paulo Sergio Duarte do Rego	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 05518379070), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo à motocicleta também já descrita acima e que está em nome de CHARLES JAMES ARAUJO SALES. Que (02) dois cachorros da raça Pit Bull, saíram da casa de número 1625, para atacar um casal que passava na rua, inclusive com a mulher grávida. Que colidiu em (01) um dos cachorros e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. Que entrou com o morador da casa e proprietário dos cachorros para fazerem acordo sobre os danos ocasionados, sendo que o mesmo mandou o comunicante procurar seus direitos e que não iria pagar nada. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT E RESSARCIMENTO DOS DANOS.** É o registro.

 Jefferson Inacio Araujo Agente de Polícia Matrícula 42000908 Responsável pelo Atendimento	<div>ASSINATURAS</div> <div>20 de 2019</div> <div>Paulo Sergio Duarte do Rego</div> <div>Paulo Sergio Duarte do Rego (Vítima / Comunicante / Envolvido)</div>
--	---

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

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Número da CTPV

3 - CPF da vítima

934.088.202-44

4 - Nome completo da vítima

PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

5 - Nome completo

6 - Profissão

Revisor

7 - Endereço

Rua Belarmino Fernandes

8 - CPF

934.088.202-44

11 - Bairro

TARACÓ DE MEUS

12 - Cidade

BOA VISTA

13 - Estado

RR

14 - CEP

69.313-485

15 - E-mail

antonio.silva.638@ig.com.br

16 - Nº (DDD)

(35) 991144021

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Assinatura do Representante Legal

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ RECURSO INDEFINIDO
☐ SEM RLV DA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00

☐ R\$1.500,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - ADERÊNCIA AO SEGURO DPVAT - ☒ BENEFICÁRIO DO SEGURO DPVAT - ☐ REPRESENTANTE DO BENEFICÁRIO DO SEGURO DPVAT - ☐ BENEFICÁRIO DO SEGURO DPVAT - ☐ REPRESENTANTE DO BENEFICÁRIO DO SEGURO DPVAT

22 - CONTA DO BANCÁRIO (informar com os dados bancários da vítima)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

23 - CONTA CORRENTE (informar com os dados bancários)

Nome do Banco:

AGÊNCIA: 0889

CONTA: 00042961

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, e que eu tenho direito, reconhecendo o dano, desde já a summa opor a efetivação do trabalho, o valor total de valor recebido.

24 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE AUSENTO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

25 - Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo médico de Médica Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, sob o nº 6.134/74, uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência;
- O IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência não realize perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 IMI, não concedendo, desde já, ao meu solicitador a indenização provisória, caso necessário, as quais eu solicito, conforme a disposição da Lei 6.134/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou negativa ou negativa de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DO ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

26 - Grande Parente com a vítima

27 - Vítima de seu casamento(a): ☐ Sim ☐ Não

28 - Sua vítima de seu casamento(a), informar o nome completo

29 - Vítima de seu casamento(a) ☐ Sim ☐ Não

30 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐

31 - Vítima de seu casamento(a) ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐

33 - Vítima de seu casamento(a) ☐ Sim ☐ Não

34 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐

35 - Vítima de seu casamento(a) ☐ Sim ☐ Não

Estou diante de quem a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte devido a invalidez permanente, caso necessário, as quais eu solicito, conforme a disposição da Lei 6.134/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou negativa ou negativa de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

36 - Nome legível do quem assina o pedido (a seguir)

37 - CPF legível do quem assina o pedido (a seguir)

38 - Assinatura do quem assina o pedido (a seguir)

39 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura do testemunha

40 - Data e Assinatura: BOA VISTA 13/11/19

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-201/0004/7519

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02897

CONTA: 000000042961-4

Nr. da Autenticação E8867446F5E3CB92