

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04

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

Beandro de Lima Conceição

inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.364.692 / 69

do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis

da Vítima Beandro de Lima Conceição

inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.364.692 / 69

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____

Renda: _____

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua: Antonio Pinheiro Galvão

Número:

1832

Complemento:

Bairro:

Buvis

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.309-209

E-mail:

ilson@hdtmail.com

Tel.(DDD):

(99) 9154-4282

Local e Data: Boa Vista - RR, 01/11/2019

Assinatura do Declarante

GOVERN 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.



1801050015 22/12/2018 12:10:43

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 15

Paciente **LEANDRO DE LIMA CONCEICAO** Data Nascimento **26/12/1993** Idade **24 A 11 M 27 D** CNS **708407786833664** CPF **15**
Tipo Doc **IDENTIDADE X** Documento **M** Órgão Emissor **BRASIL** Data Emissão **26/12/2018** Sexo **M** Estado Civil **PARDA** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **BRASILEIRA**
Mãe **BEATRIZ GONCALVES** Pai **NI** Contato **(95) 99163-8253**
Endereço **RUA -- SN ---** Ocupação

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **---** Validade **---** Autorização **---** Sis Prenatal **---**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caracter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **---** Procedência **---** Temp. **---** Peso **---** Pressão **---**
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. **---** Registrado por: **DAL**

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

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **13:30** h)

Paciente vítima de acidente motorista. Trauma por queda por meios próprios. Múltiplas lesões, incluindo

Exame Físico

ROT, DEG, AAA.

Deixou a mobilização de joelho (E) e tornozelo (E).

Hipótese Diagnóstica

Fratura

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Analgesia 1g (E)
2) Tilof. 20 mg (E)
3) Curativo

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

21 JAN 2019

Certifico e dou fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☐ Transferência para:☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ InternaçãoData e Hora da Saída/Alta: **---**

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: dal
Data Hora: 22/12/2018 12:12:38

04 NOV. 2019

Dr. Lucas Elias França
Médico
CRM-RR 2046



1801050015

Ortopedia 2º Anuário

Valente G^o do 2º Anuário de Ultrasom
Voluntário: Ezequiel Gonçalves
fueça de mot.

Ed. do + Ezequiel Gonçalves
Núcleo de: Sutura maleol. lateral
H. S. Sutura Gonçalves
Dr. Odirgens Maranhão Ribeiro

Dr. Odirgens Maranhão Ribeiro
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1651/RP

04 NOV. 2019



E



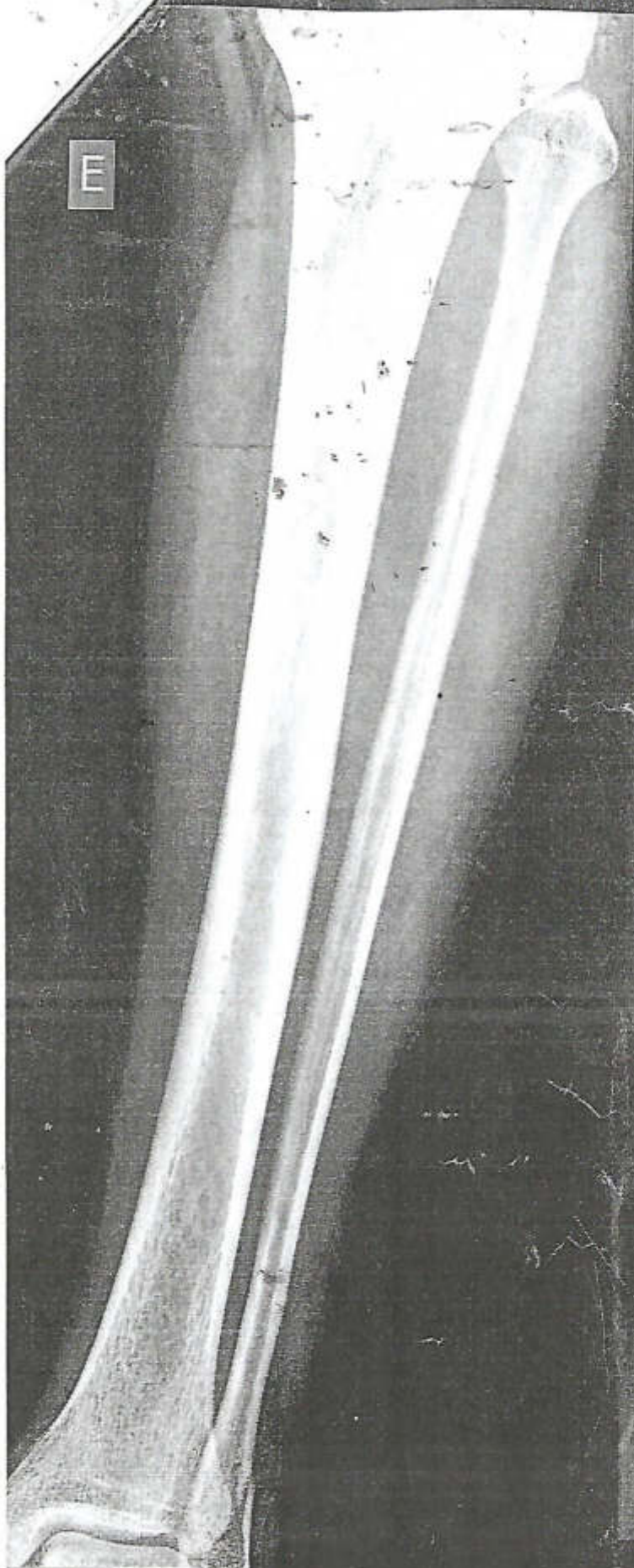
, LEANDRO DE LIMA

22/12/2018 13:00:21

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

92,1 %

E



22/12/2018 13:00:21



50,1 %

22/12/2018 13:00:21

ANDRO DE LIMA

SPITAL GERAL DE RORAIMA

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		 R R
NOME LEANDRO DE LIMA CONCEICAO		
	DOC IDENTIDADE / ORG EMISSORA 3599957 SSP RR	
	CPF 007.367.692-69	DATA NASCIMENTO 26/12/1993
	FUNÇÃO JOSE SILVA CONCEICAO BEATRIZ GONCALVES DE LIMA	
	PERMISSÃO AB	ACC AB
Nº REGISTRO 06516267380		
VALIDADE 30/12/2019		1ª HABILITAÇÃO 30/11/2015
OBSERVAÇÕES A EAR		
Assinatura do portador <i>Leandro de Lima Conceicao</i>		
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA		DATA DE EMISSÃO 13/02/2017
Assinatura do emissor  FRANCISCO ASSIS DA SILVA DIRETOR PRELIMINAR ESTRANGEIRO		68408661508 RR209135930
RORAIMA		

04 NOV. 2019

14 JAN 2019

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE (ONG ELESSOMUF)
214807 SSP RJ

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSURCAO
OMIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
7.B

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1995

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

PROCELIND KURTISCHER FENEMA
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO ENREDA

92495240616
RR207968020

DETRAN - RORAIMA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROVIDO PLASIFICAR
980151096

DETRAN - RR

Nº 01387678137

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA COD. RENAVAM 92263243864
01 01070046962

NOME/ENDEREÇO
LEANDRO DE LIMA CONCEICAO
R BELARMINO F MAGALHAES
TANCREDO NEVES Nº042738
BOA VISTA-RR 69313531

CERENJ PLACA
007.367.892-69 NU34778

NOME ANTERIOR
ROSAIMA MOTORES LTDA

PLACA ANT./UF CLASSE
9C2KC2210GR020729

ESPECIE DE VEICULO
PAS/MOTOCICLETA/MAO APLIC. ALC0/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/CG 160 TITAN EX ANO FAB. 2015 ANO REG. 2016

CAP/PORT/CL. CATEGORIA
2P/0162CC/ PARTICU. FRANCA

OBSERVAÇÕES

AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD *
PROIB SAIR DA AMAZON OCLD

Luiz Eduardo Silva de Castilho
Diretor Presidente Interino

BOA VISTA-RR DATA 30/11/2015
DETRAN-RR

04 NOV. 2019

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATYP
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$

NOME DO COMPRADOR:

RG

CPF/CNPJ

ENDEREÇO:

LOCAL E DATA:

ASSINATURA DO PROPRIETARIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas pendências impostas e suas incidências até a data da comunicação (lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO:

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETARIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190619967 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO DE LIMA CONCEICAO **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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: NOS 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: 3190619967 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO DE LIMA CONCEICAO **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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: NOS 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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Leandro de Lima Conceição
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Estudante
IDENTIDADE:	3599957
ENDEREÇO:	R. Berlimminio 2738

OUTORGADO

NOME:	Leir Inacio de Sampaio
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	134 807
ENDEREÇO:	R. Antonio P. Calvão

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT..

Boa Vista 14-01-19

LOCAL E DATA



Leandro de Lima Conceição

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

04 NOV. 2019

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Escrivão
Av. Almeida Teves, 6507 - Boa Vista
Pape: (93) 3627-4100
Suficiencia@cartorioaquinobv.com.br

76360-323042157cd
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"LEANDRO DE LIMA CONCEIÇÃO"

Em testemunha da verdade, EOLC
De que deu fé, Boa Vista/RN, 14 de Janeiro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidadeaoportalelort.com.br
REC.FIR.168295X0TF24AC6XAZSH93/

Emolumentos: R\$ 2.39 Fundos ISS: R\$ 0.60 Total: R\$ 2.99

76360
Escritório Autorizada
T. Aquino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385386/19

Vítima: LEANDRO DE LIMA CONCEICAO

CPF: 007.367.692-69

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: LEANDRO DE LIMA
CONCEICAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

LEANDRO DE LIMA CONCEICAO : 007.367.692-69

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: 04/11/2019
Nome: LEANDRO DE LIMA CONCEICAO
CPF: 007.367.692-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

LEANDRO DE LIMA CONCEICAO

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190619967

Vítima: LEANDRO DE LIMA CONCEICAO

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO DE LIMA CONCEICAO

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: 3190619967

Vítima: LEANDRO DE LIMA CONCEICAO

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEANDRO DE LIMA CONCEICAO

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 22/12/2018, emitido pelo Dr. ODINACHI UDOCHUKWU OKEMIRI CRM nº 1851 - 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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 007.367.692-69 Nome completo da vítima: Leandro de Lima Conceição

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

Nome completo: Leandro de Lima Conceição CPF: 007.367.692-69

Profissão: Autônomo Endereço: Rua: Belarmino F. Magalhães Número: 2738 Complemento: _____

Bairro: Tomaz de Naves Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.313-485

E-mail: ILQIRRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95)99164-4282

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Do Brasil

AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 66384 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Boa Vista - RR

Nome: Leandro de Lima Conceição

CPF: 007.367.692-69

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Leandro de Lima Conceição

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE Ocorrência Nº 632/2019 – 4º DISTRITO POLICIAL**

O Sr.

NOME: LEANDRO DE LIMA CONCEIÇÃO.

RG : 3599957 SSP/RR.

SEXO: MASCULINO.

DATA DE NASCIMENTO: 26.12.1993.

TELEFONE: 99163-8253.

ENDEREÇO: RUA: BERLARMINO FERNANDES MAGALHÃES, Nº 2738.

BAIRRO: TANCREDO NEVES.

O comunicante compareceu nesta especializa, para ADITAR/CORRIGIR no Boletim de Ocorrência supracitado, o seguinte:

- ONDE LER-SE: 22.12.2019;
- LEIA-SE: 22.12.2018.

04 NOV. 2019

É o aditamento.

Boa Vista - RR, 11 de Setembro de 2019.

Jefferson Inácio Araújo

Agente de Polícia Civil

Mat. 042000908

Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

LEANDRO DE LIMA CONCEIÇÃO
Comunicante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 632/2019/ 4º DISTRITO POLICIAL**

O Sr.º

NOME: **LEANDRO DE LIMA CONCEIÇÃO**

RG : **3599957 SSP/RR**

SEXO: **MASCULINO**

DATA DE NASCIMENTO: **26/12/1993**

TELEFONE: **99163-8253**

ENDEREÇO: **RUA - BELARMINO FERNANDES MAGALHÃES, 2738**

BAIRRO: **TANCREDO NEVES**

DAT
Confere com original
Data: **15 / 02 / 2019**
Givanildo da Silva Vieira
Assinatura
Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Mat. 042000908

O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corriger no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e nome do Proprietário.

- **PLACA NUJ 4778;**
- **CHASSI 9C2KC2210GR020229;**
- **LEANDRO DE LIMA CONCEIÇÃO (PROPRIETÁRIO);**

Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matricula: 042000855

Boa Vista - RR, 15 de Fevereiro de 2019.

Leandro de Lima Conceição
LEANDRO DE LIMA CONCEIÇÃO
Comunicante

04 NOV. 2019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOLETIM Nº 632/2019 DATA 24/01/2019 HORA: 12h:20min	DELEGADO: Fernando Edson Olegário Gomes		
	ATENDENTE: Fernando Edson Olegario Gomes		
	LOCAL DA OCORRENCIA: Via Publica / São Vicente	DATA: 22/12/2019	HORA: 10:00hs

DADOS DO COMUNICANTE/VITIMA

NOME: Leandro de Lima Conceição	CPF: 007.367.692-69	RG: 3599957 /RR
DATA NASC: 26/12/1993	END: Rua	
Pai:	MÃE: Beatriz Gonçalves de Lima	
ESCOLARIDADE: Ensino Superior	NATURAL: Boa Vista /RR	NACION: Brasileira
SEXO: Masculino	IDADE: 25	RAÇA: Parda
TEL CEL: 99163-8253	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Tec. de som

DADOS DO AUTOR

NOME:	CNPJ:	RG:
DATA NASC:	END:	
Pai:	MÃE:	
ESCOLARIDADE: ENSINO MEDIO	NATURAL:	NACION: BRASIL
SEXO:	IDADE:	RAÇA:
TEL CEL:	ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFRAÇÃO	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO
XXXXX	Acidente de Transito	

HISTÓRICO

Senhor delegado, o comunicante acima qualificado compareceu nesta delegacia para informar que, na data cima citada, por volta das 10:00hs conduzia sua motocicleta Honda CG 160 Titan, branca, placa NUJ-4778, na Av. Brasil BR 174, rotatória do trevo, que a referida av. estava molhada de óleo, que a motocicleta derrapou que o comunicante caiu e quebrou o tornozelo que ainda teve escoriações no joelho esquerdo, braço esquerdo. É o relato.

Jorgénir da Silva
ACPC

Leandro de Lima Conceição
Comunicante

04 NOV. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 007.367.692-69 Nome completo da vítima: Ipeandro de Lima Conceição

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

Nome completo: Ipeandro de Lima Conceição CPF: 007.367.692-69

Profissão: Autônomo Endereço: Rua: Belarmino F. Magalhães Número: 2738 Complemento: _____

Bairro: Tomaz de Naves Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.313-485

E-mail: ILDIRRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95)99164-4282

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Do Brasil

AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 66384 0

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Boa Vista - RR

Nome: Ipeandro de Lima Conceição

CPF: 007.367.692-69

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ipeandro de Lima Conceição

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2677328

BEATRIZ GONCALVES DE LIMA

R. BELARMINO F MAGALHAES, 2738, R-C13

TANCREDO NEVES, 69313485 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 305367	MÊS 04/2019	PERÍODO DE CONSUMO 12-MAR-19 a 10-APR-19
CONSUMO (kWh) 177	VENCIMENTO 26-APR-19	TOTAL A PAGAR R\$ 119,24

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 305367	MÊS 04/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 119,24
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836100000014.192400750001.000000000307.536704190050



04 NOV. 2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 891 - 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 CEFAP 368/13

Nº da Nota Fiscal 003319917

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151-04
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	27732	Atual	25/07/2019
Anterior	27536	Anterior	24/06/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	25/08/2019
Consumo Medido	196	Emissão	24/07/2019
Consumo Faturado	196	Apresentação	25/07/2019

NORMAL

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2
				Mês 12 meses
				238

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 158	CONSUMO 196 A R\$ 0,764602 = 149,86
MAI/19 100	ILUMINACAO PUBLICA 42,55
ABR/19 178	
MAR/19 263	
FEV/19 237	
JAN/19 231	
DEZ/18 209	
NOV/18 370	
OUT/18 345	
SET/18 246	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 196 - 0,634602	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
06/2019 164,28

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/08/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 212,94 (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 B9C4.FD0B.D66A.9E73.38C8.904F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	38,51	Base de Cálculo:	149,86
Energia:	81,64	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	25,47
Encargos:	4,24	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	25,47	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49-36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
8,80 16,00 1,55

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021718

05/2019 32,81

