

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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>2</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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.690.902/63, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Luiz Vieira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.690.902/63, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: Antonio P. Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ILOIRRR@HOTMAIL.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(051)98403-5060</u>

Boa Vista - RR de 28 de Maio de 2019

Local e Data

29 MAIO 2019

29 MAIO 2019

Assinatura do Declarante

DIREITO



LUIZ VIEIRA  
85 ano(s) 07-01-1934

24-02-2019 11:41:56  
POLICLINICA COSME E SILVA

DIREITO



LUIZ VIEIRA  
85 ano(s) 07-01-1934

24-02-2019 11:41:56  
POLICLINICA COSME E SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



NÃO ALFABETIZADO  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **24618** DATA DE EXPEDIÇÃO **21/03/2019**

NOME **LUIZ VIEIRA**

FILIAÇÃO **MARIA SALUSTRIANA VIEIRA  
CAJAZEIRAS DO PIAUÍ - PI**

NATURALIDADE **CAJAZEIRAS DO PIAUÍ - PI**

DOC ORIGEM **CERTO CAS 1840 FLS 133 LIV B-6**

BOA VISTA - RR

CPF **144.690.902-63**

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Policial da Polícia Civil  
Diretor do IAC

DATA DE NASCIMENTO **07/01/1934**

LEI Nº 7.116 DE 28/08/63

P7

PROIBIDO PLASTIFICAR

29 MAIO 2019

14 JAN 2019

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

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / CÔD. TRABALHISTAS  
114807 SSP RR

CPF  
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
CONDUZIR

ACC  
CONDUZIR

CAF/JAR  
AD

Nº REGISTRO  
01101912304

VALIDADE  
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO  
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

92485240616  
R207960020

ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASIFICAR

VÁLIDA EM 1999  
HABILITAÇÃO NACIONAL  
980151096

980151096

29 MAIO 2019

# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	<u>Luz Vieira</u>
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>
PROFISSÃO:	<u>Agricultor</u>
IDENTIDADE:	<u>24618 SSP-RR</u>
ENDEREÇO:	<u>R. Nazari Filgueiras 699 SHC</u>

OUTORGADO

NOME:	<u>Ilair Inácio de Souza</u>
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>
PROFISSÃO:	<u>Autônomo</u>
IDENTIDADE:	<u>114.807 SSP-RR</u>
ENDEREÇO:	<u>R. Antônio P. Calvão 1839</u>

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 24/02/2019, cobertura Invalidity, vítima: Luiz Vieira.

Boa Vista 02-4-19

LOCAL E DATA

RAIMUNDA LIMA VIEIRA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Eu, RAIMUNDA LIMA VIEIRA, brasileira, maior, capaz, solteira, portadora do RG 419316-4 SSP/RR e CPF 414.544.642-91, assino este ato pelo(a) Sr(a) LUIZ VIEIRA, pelo fato do(a) mesmo(a) NÃO SER ALFABETIZADO.

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Atalaia Teve, 4007 - Asa Branca - Boa Vista/RR  
Fone: (91) 3617-4155  
daniel@boaavista.com.br

98268.5ca37db772e0  
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
RAIMUNDA LIMA VIEIRA

98.268

Em testemunho da verdade, SSP  
De que dou fé, Boa Vista/RR, 02 de abril de 2019.  
Consulta e(s) selo(s) abaixo em [cidadeportalssm.com.br](http://cidadeportalssm.com.br)  
REC/FIR1662969RZML6574H0FT931/

*Ilair Inácio de Souza*  
Tabela Oliveira de Aquino  
Escrevente Autorizada

29 MAIO 2019



# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	<u>Luiz Vieira</u>
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>
PROFISSÃO:	<u>Agricultor</u>
IDENTIDADE:	<u>24618 SSP-RR</u>
ENDEREÇO:	<u>Av. Nazaré Filgueiras 699, Senador H. Campos</u>

OUTORGADO

NOME:	<u>Glair Inácio de Souza</u>
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>
PROFISSÃO:	<u>Autônomo</u>
IDENTIDADE:	<u>114.807 SSP-RR</u>
ENDEREÇO:	<u>Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Bureti</u>

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 24 / 02 / 2019, cobertura Incêndio, vítima: Luiz Vieira.

Boa Vista - RR, 07.06.19

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

JOSÉ RAFAEL PORFÍRIO DE OLIVEIRA  
RG nº 306894-3 SSP/RR e CPF nº 866.034.002-78,  
residente na Rua Cap. Bessa, 156, São Pedro, nesta  
capital. Assino a rgo pelo(a) mesmo(a) que  
DECLAROU não ser ALFABETIZADO(a).



TESTEMUNHA 1: RAIMUNDO ZIMPE VIZIÇA



114 544 642-91

TESTEMUNHA 2: Francisco Pedro Mesquita

CPF: 38326582204



<b>CARTÓRIO LOUREIRO</b>	
DR. JOZIEL LOUREIRO TABELÃO E REGISTRADOR	
RUA: JOSE ROYAL, 236 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (051) 3634-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR	
[Assinatura] FRANCISCO PEDRO MESQUITA	
M.C.B. Em testemunho da verdade. Boa Vista, 07/06/2019	
Protocolo: 45, FUNDEJURR: 25, FISC: 0, 10, FECON: 0, 10, ISS: 0, 10, Selo: REC FIR 158345MK5Q7B1Z03DTW707	
Consulte seu selo: <a href="https://cidadao.portalselorr.com.br">https://cidadao.portalselorr.com.br</a>	
CPF Solicitante: 38326582204	



<b>DANIEL AQUINO</b>	
Cartório do 2º Ofício - Boa Vista Daniel Aquino, Tabelião e Registrador Av. Ataíde Teive, 407 - Boa Vista/RR Fone: (051) 3634-6097 Soficioboa Vista@cartorio2ooficio.com.br	
1160515cfab0b623c7d	
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)	
1. JOSÉ RAFAEL PORFÍRIO DE OLIVEIRA - TRAMANDA LIMA VIEIRA	
Em testemunho da verdade. LPS	
De que deu fé. Boa Vista/RR, 07 de junho de 2019	
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: <a href="https://cidadao.portalselorr.com.br">cidadao.portalselorr.com.br</a>	
REC FIR 158296C2J2DFJQVCNCVN13 / REC FIR 15829623JQ28S4B833MT16 /	
Emolumentos: R\$ 4,90 Fundos ISS: R\$ 1,10 Total: R\$ 9,00	

116.051

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181713/19

**Número do Sinistro:** 3190351563

**Vítima:** LUIZ VIEIRA

**CPF:** 144.690.902-63

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 24/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUIZ VIEIRA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

**ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04**

Procuração

**LUIZ VIEIRA : 144.690.902-63**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/07/2019  
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA  
CPF: 383.051.512-04

\_\_\_\_\_  
ILOIR INACIO DE SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

\_\_\_\_\_  
MANOEL COELHO NETO



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181713/19

**Vítima:** LUIZ VIEIRA

**CPF:** 144.690.902-63

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 24/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUIZ VIEIRA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### LUIZ VIEIRA : 144.690.902-63

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/05/2019  
Nome: LUIZ VIEIRA  
CPF: 144.690.902-63

\_\_\_\_\_  
LUIZ VIEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

\_\_\_\_\_  
MANOEL COELHO NETO

---

**Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190351563**

**Vítima: LUIZ VIEIRA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

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

**Senhor(a), LUIZ VIEIRA**

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, 30 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190351563**

**Vítima: LUIZ VIEIRA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LUIZ VIEIRA**

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 03 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190351563**

**Vítima: LUIZ VIEIRA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LUIZ VIEIRA**

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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, 30 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190351563**

**Vítima: LUIZ VIEIRA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), LUIZ VIEIRA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **144.690.902-63** Nome completo da vítima: **Luiz Vieira**

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

Nome completo: **Luiz Vieira** CPF: **144.690.902-63**  
Profissão: **Aposentado** Endereço: **Av. Nazare Filgueiras** Número: **699** Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: **S. M. C** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.316-396**  
E-mail: **ILDIERRR@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **95198403-5060**

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

## RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: **0653** ☐ CONTA: **28913** ☐ **5**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
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: **Luiz Vieira**

CPF: **144.690.902-63**

**Camila de Souza Rocha**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

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

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



# 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:	Nome completo da vítima:
	144.690.902-63	Luiz Vieira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Luiz Vieira	144.690.902-63	
Profissão:	Endereço:	Número:
Aposentado	Av. Nazare Filgueiras	699
Bairro:	Cidade:	CEP:
S. H. C	Boa Vista	65.316-396
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
LOIERRR@HOTMAIL.COM	RR	95198403-5060

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENTA 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: 0653 CONTA: 28913

(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.

## 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: \_\_\_\_\_ Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vitima 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: Luiz Vieira  
CPF: 144.690.902-63  
Camila de Souza Rocha

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Raimundo Lima Vieira  
CPF: 414.544.642-53  
Raimundo Lima Vieira

Assinatura

2ª | Nome: Francisco Pedro Mesquita  
CPF: 383.255.822-04  
Francisco Pedro Mesquita

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 teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



# 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:	Nome completo da vítima:
	144.690.902-63	Luiz Vieira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Luiz Vieira	144.690.902-63	
Profissão:	Endereço:	Número:
Aposentado	Av. Nazare Filgueiras	699
Bairro:	Cidade:	CEP:
S. H. C	Boa Vista	65.316-396
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
LOIERRR@HOTMAIL.COM	RR	95198403-5060

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

**DADOS CADASTRAIS**

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: 0653 CONTA: 28913

(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.

## 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: \_\_\_\_\_ Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vitima 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: Luiz Vieira  
CPF: 144.690.902-63  
Camila de Souza Rocha

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: Raimundo Lima Vieira  
CPF: 414.544.642-53  
Raimundo Lima Vieira

Assinatura

2ª Nome: Francisco Pedro Mesquita  
CPF: 383.255.822-04  
Francisco Pedro Mesquita

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 teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

29 MAIO 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009115/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/04/2019 11:45 Data/Hora Fim: 02/04/2019 11:55  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 02/04/2019  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 24/02/2019 12:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Nova Canaã

Logradouro: Rua Solon Rodrigues Pessoa

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

Melo(s) Empregado(s)

1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB) Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIZ VIEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Cajazeiras do

Sexo: Masculino

Nasc: 07/01/1934

Profissão: Aposentado

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Salustiana Vieira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 24618

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av: Nazaré Filgueiras

Nº: 699

Bairro: Senador Hélio Campos

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem a este DP para informar que na data, hora e local acima informado, transitava pela via em sua bicicleta, quando uma pessoa do sexo feminino, em um veículo preto, não sabendo informar marca, modelo ou placa, colidiu com a bicicleta do mesmo, o levando ao solo. Que a condutora do automóvel parou para prestar socorro, levando o mesmo ao HGR em veículo próprio. Que após levar o comunicante para o HGR, a condutora do veículo tomou rumo ignorado. Que o comunicante sofreu fratura no braço direito. Que este B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009115/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães  
Responsável pelo Atendimento  
PAT. 042000925

Luiz Vieira  
(Vítima / Comunicante)

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



29 MAIO 2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou AIL:

CPF da vítima:

144.690.902-63

Nome completo da vítima:

Imaiz Vieira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

Nome completo:

Imaiz Vieira

Profissão:

Aparentado

Endereço:

Av. Nazare Filgueiras

CPF:

144.690.902-63

Número:

699

Complemento:

Bairro:

S.H.C

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.316-396

E-mail:

ILOIERR@HOTMAIL.COM

Tel. (DDD):

69198403-5060

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\$1.001,00 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 POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

☐ CONTA:

28913

AGÊNCIA:

☐ CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe 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 (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML, que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML, que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo alegado, 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 (ou 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 (ou nascos)? ☐ 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 aos únicos 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 219 do Código Penal.

Local e Data:

Boa Vista - RR

Nome:

Imaiz Vieira

CPF:

144.690.902-63

Camila de Souza Rocha

(\*) Assinatura de quem assina A ROSTO

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 ROSTO, 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.

29 MAIO 2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou AIL:

CPF da vítima:

144.690.902-63

Nome completo da vítima:

Imaiz Vieira

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012**

Nome completo:

Imaiz Vieira

Profissão:

Aparentado

Endereço:

Av. Nazare Filgueiras

CPF:

144.690.902-63

Número:

699

Complemento:

Bairro:

S.H.C

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.316-396

E-mail:

ILOIERR@HOTMAIL.COM

Tel. (DDD):

69198403-5060

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\$1.001,00 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 POUANÇA (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:

0653

☐ CONTA:

28913

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.

**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 (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML, que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML, que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo alegado, 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 (ou 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

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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 219 do Código Penal.

Local e Data:

Boa Vista - RR

Nome:

Imaiz Vieira

CPF:

144.690.902-63

Camila de Souza Rocha

(\*) Assinatura de quem assina A ROSTO

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 ROSTO, 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.**

29 MAIO 2019





24/02/2019

Guia de Atendimento 17

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

1ª Classificação/Reclassificação  
NÃO CLASSIFICADO  
CLASSIFICADO  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Roguel L. Salazar  
Enfermagem  
CC-001.058.491-TE  
Vermelho  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

1901077046 24/02/2019 12:30:09 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 73

Paciente: LUIZ VIEIRA  
Data Nascimento: 07/01/1934 Idade: 85 A 1 M 17 D CNS: 707609289263993 CPF: 14469090263 Prontuário

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade  
IDENTIDADE 24618 SSP/RR M SOLTEIRO(A) PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe: MARIA SALUSTRIANA VIEIRA  
Endereço: AVENIDA - NAZARE FILGUEIRAS - 699 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR Contato: (95) 99115-7010 Ocupação

Class. de Risco: NÃO CLASSIFICADO Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Sector: PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: JACKSON.SADOVSKI

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

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Doente proveniente do LCS, vítima de atropelamento  
Neste comorbidade. Refere dor em MSD e tornozelo D  
BEG, LOTE, coxa, supinista, histerico, APP.  
Tem RP cutâneas e fraturas radio D.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

Dipnóia 2g (2) goro  
An ortopédo

Elaine da S. de Sousa  
Técnico de Enfermagem  
COREN-RR 000473114-1F

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: aldivania.freitas  
Data Hora: 24/02/2019 12:32:49

02/2019  
001/2019 - Substituto em Secretária  
001 - Substituto em Secretária  
001 - Substituto em Secretária



1901077046

29 MAIO 2019

fract de Rádio diáfano.

At to: Ferimentos superficiais

Do: Fract dist sem desvio

Sub  
HEM.

Dr. Jonathan C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1759 1501 14272

29 MAIO 2019



# Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0077592-4

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.027.022-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizada pela DEFAZ 365/13

Nº de Nota Fiscal 002334692

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONSUMIDOR	VENCIMENTO	PERÍODO DE VIGÊNCIA	TARIFA PACAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	02/03/2019	113	82,04

RAIMUNDA LIMA VIEIRA

AV NAZARE FILGUEIRAS 699 SENADOR HELIO CAMPOS

CPF: 00041454464291

CEP: 69.316-396 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.25.109300

DADOS DE UTILIZADOR		DATA	DADOS DE UTILIZADORA	
Atual:	21068		Atual:	12/02/2019
Anterior:	20955		Anterior:	15/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	12/03/2019
Consumo Medido:	113		Emissão:	11/02/2019
Consumo Faturado:	113	FCAM	Apresentação:	12/02/2019

NORMAL

28

Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
------------------	---------	----------------	-------	-------------	----------------

RESID. BA. RENDA MONO E2730902 H 1420322 1.6.1.1 179

PERÍODO (Mês)	Mês/ano consumo	CONSUMO	30 A R\$	70 A R\$	15 A R\$	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA ILUMINAÇÃO PÚBLICA
JAN/18	169		0,268163 =			8,04
DEZ/18	171			0,459703 =		32,17
NOV/18	218				0,000000 =	0,00
OUT/18	209					39,21
SET/18	202					32,87
AGO/18	161					
JUL/18	197					
JUN/18	132					
MAI/18	256					
ABR/18	241					
TARIFA SEM TRIBUTOS:						
0 A 30	- 0,000000					
31 A 100	- 0,000000					
101 A 113	- 0,000000					

VERBA RESERVAÇÃO DE FUNDOS DE MANUTENÇÃO

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA. CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA RORAIMA ENERGIA.

FIGUE 02/03/2019 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DE VALORES (R\$)		TARIFAS (R\$)	
Distribuição:	12,36	Base de Cálculo:	49,17
Energia:	26,19	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	8,35
Encargos:	1,36	Valor do PIS:	0,16
Tributos:		Valor do COFINS:	0,75
TOTAL DE VALORES DE MANUTENÇÃO		0,75	

8,45 16,91 33,82 8,46 16,92 33,84 4,65

0,74

29 MAIO 2019





Ligada em você

**RORAIMA ENERGIA**  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 2419388

**ILOIR INACIO DE SOUZA**

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	02/2019	25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	11-MAR-19	R\$ 229,20

**OBSERVAÇÕES**

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

Autenticação mecânica

**29 MAIO 2019**

recorte aqui



Ligada em você

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO  
1089153

MÊS  
02/2019

TOTAL A PAGAR  
R\$ 229,20

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052

