

**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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Their Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Heuz Vieira inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 144.690.902 / 63 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
Heuz 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.

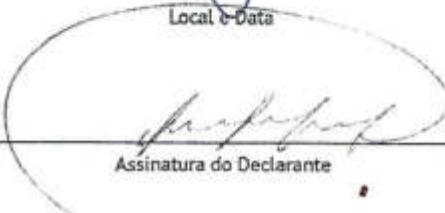
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|          |                        |                         |               |   |
|----------|------------------------|-------------------------|---------------|---|
| Endereço | Rua: Antônio P. Galvão | Número                  | 1832          | Complemento                               |
| Bairro   | Buritis                | Cidade                  | Boa Vista     | Estado                                    |
| Email    | ILOIRRRA@HOTMAIL.COM   | Telefone comercial(DDD) | RR 65.309-209 | Telefone celular (DDD)<br>(95) 98403-5060 |

Boa Vista - RR, 28 de Maio de 2019

29 MAIO 2019

29 MAIO 2019

  
Assinatura do Declarante

DIREITO



Tam: 10x

LUIZ VIEIRA

85 ano(s) 07-01-1934

Tam: 10x

2026

24-02-2019 11:41:56

POLICLINICA COSME E SILVA

DIREITO



Tam: 10x

LUIZ VIEIRA

85 ano(s) 07-01-1934

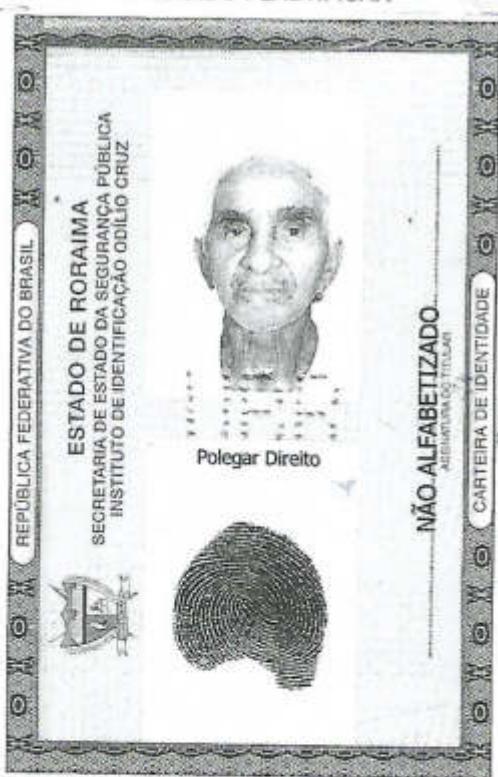
Tam: 10x

2026

24-02-2019 11:41:56

POLICLINICA COSME E SILVA

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |  |
| REGISTRO GERAL                       | <b>24618</b>   |
| DATA DE EXPEDIÇÃO                    | 21/03/2019   |
| NOME                                 |  |
| <b>LUIZ VIEIRA</b>                   |  |
| FILIAÇÃO                             | MARIA SAVUSTRIANA VIEIRA<br>NATURALIDADE:<br>CAJAZEIRAS DO PIAUÍ - PI<br>DOC. ORIGEM:<br>CERTD CAS 1840 FLS 133 LIV B-6<br>CNPJ: |
| DATA DE NASCIMENTO                   | <b>07/01/1934</b>  |
| PROIBIDO PLASTIFICAR                 |  |



29 MAIO 2019

14 JAN 2019

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

NOME: ZLIOIR INACIO DE SOUZA  
DOC. IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR/UF: 114807 SSP RR  
CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978  
PAI/AO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO  
MÃE/A: OMIRIA INACIO DE OLIVEIRA  
PERMISSÃO: ACC: CAT/VAE: AB  
Nº REGISTRO: 01101912304 VALORADE: 28/01/2020 V/HABILITAÇÃO: 15/12/1999  
RESERVAES:  
ASSINATURA DO PORTADOR  
LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015  
JUNICELINO KUMTSCHEK PEREIRA  
DIRETOR PRESIDENTE  
ASSINATURA DO ENVIADOR  
PROIBIDO PLASTIFICAR  
980151096  
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096

29 MAIO 2019

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

|                |                                   |
|----------------|-----------------------------------|
| NOME:          | <i>Luis Viera</i>                 |
| NACIONALIDADE: | <i>Brasileiro</i>                 |
| PROFISSÃO:     | <i>Agricultor</i>                 |
| IDENTIDADE:    | <i>24618 SSP-RR</i>               |
| ENDEREÇO:      | <i>R. Nazaré Pigenos 699 SH C</i> |

### OUTORGADO

|                |                                |
|----------------|--------------------------------|
| NOME:          | <i>Hein Lírio de Sá e</i>      |
| NACIONALIDADE: | <i>Brasileiro</i>              |
| PROFISSÃO:     | <i>Autônomo</i>                |
| IDENTIDADE:    | <i>114.807 SSP-RR</i>          |
| ENDEREÇO:      | <i>R. Andrade P. Belo 1839</i> |

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 Invalidade, vítima: Luis Viera.

Boca Vista 02-4-19

LOCAL E DATA

Raimunda Lima Vieira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Fui, RAIMUNDA LIMA VIEIRA, brasileira, maior, capaz, solteira, portadora do RG 419316-4 SSP/RR e CPF 414.544.642-91, assino este atto 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. Aluízio Teixeira, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/DF  
Fone: (61) 3627-4100  
E-mail: daniel.aquino@cartorioaquino.com.br

98.268.5ca37cb77f2e0

RECONHECO por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
"RAIMUNDA LIMA VIEIRA"  
I. Daniel Aquino  
II. Laima Oliveira de Aquino  
Escrevente Autorizada

Em testemunha da verdade, BBF.  
De que dou fé. Boca Vista/DF, 02 de abril de 2019.  
Consulte as(s) selas(s) abaixo em [cidadao.portalsejor.com.br](http://cidadao.portalsejor.com.br)  
REFIR1682969RZML6S74H0FT931 /

29 Maio 2019

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

|                |  |
|----------------|--|
| NOME:          | <u>José Vieira</u>                                   |
| NACIONALIDADE: | <u>Brasileiro</u>                                    |
| PROFISSÃO:     | <u>Agricultor</u>                                    |
| IDENTIDADE:    | <u>24618 SSP-RR</u>                                  |
| ENDEREÇO:      | <u>Av. Nazaré Filgueiras, 699, Senador H. campes</u> |
| OUTORGADO      |  |

|                |  |
|----------------|--|
| NOME:          | <u>Fláir Inácio de Souza</u>                 |
| NACIONALIDADE: | <u>Brasileiro</u>                            |
| PROFISSÃO:     | <u>Autônomo</u>                              |
| IDENTIDADE:    | <u>114.807 SSP-RR</u>                        |
| ENDEREÇO:      | <u>Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Buretis</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 Incvalidez, vítima: José Vieira.

Boa Vista - RR, 07-06-19

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

JOSÉ RAFAEL PORFIRIO 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<sup>r</sup> rogo pelo(a) mesmo(a) que  
DECLAROU não ser ALFABETIZADO(a).

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO  
TESTEMUNHA 1: Raimundo Lima Vizinha  
CARTÓRIO LOUREIRO 14544642-91.

TESTEMUNHA 2: Francisco Pedro Mequita

CPF: 383265822-04



**CARTÓRIO LOUREIRO**

AV. RIO N° 30 - CENTRO - BOA VISTA/RR - Tel.: (65) 3034-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOURREIRO.COM.BR

REC. VERDADEIRA (S) ASSINATURA (S)

[Assinatura] FRANCISCO PEDRO MEQUITA

Nº 245, FUNDIJURR/8.25, FISC:0,10, FECON:0,10, ISS:0,10

Selo: RECFIR158345MK5Q7B1Z03DTW707

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

CPF Solicitante: 38326582204

DR. JOAQUIM LOUREIRO  
TABELIÃO E REGISTRADOR

**DANIEL AQUINO**  
116051-5 cbabbb23c7d  
Reconheço por VERDADEIRA (S) ASSINATURA (S)  
JOSE RAFAEL PORFIRIO DE OLIVEIRA - RAIMUNDO LIMA  
VIENNA  
Daniel C.C. Aquino Britto  
Escritório Autorizado  
Cartório Loureiro

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Ataíde Teive, 4007 - Asa Sul - CEP: 69010-040 - Boa Vista/RR  
Fone: (65) 3034-6097  
Solicito boavista@cartorio2oficio.com.br  
116.051  
Em testemunha da verdade. LFB  
De que deu na Boa Vista/RR, 07 de junho de 2019.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em [cidadao.portalselorr.com.br](https://cidadao.portalselorr.com.br)  
RECFIR158296C4J2DFJ0VCNCVN13 / RECFIR158296Z3JQ28S48833MT16  
Emolumentos: R\$ 4,90 Fundos/ISS: R\$ 1,10 Total: R\$ 9,00

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181713/19

**Número do Sinistro:** 3190351563

**Vítima:** LUIZ VIEIRA

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

**CPF:** 144.690.902-63

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUIZ VIEIRA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ILOIR INACIO DE SOUZA

MANOEL COELHO NETO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181713/19

**Vítima:** LUIZ VIEIRA

**CPF:** 144.690.902-63

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUIZ VIEIRA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**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 e 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:        | Nome completo da vítima: |
|  | 144.690.902-63        | Ipuiz Vieira             |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                       |                          |
| Nome completo:   |                       |                          |
| Profissão:   | Endereço:             |                          |
| Capitão  | Av. Nazaré Filgueiras |                          |
| Bairro:  | Cidade:               | Estado:                  |
| S. M. C  | Boa Vista             | RR                       |
| E-mail:  | Tel. (DDD):           |                          |
| INCIRR@HOTMAIL.COM   | 65.316-396            |                          |
| CPF: 144.690.902-63  |                       |                          |
| Número: 699 Complemento:   |                       |                          |
| CEP: 65.316-396  |                       |                          |
| Tel. (DDD): 65198403-5060  |                       |                          |

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 289135  
(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 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.

**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 Lider 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avôs 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.

Local e Data: Boa Vista - RR,

Nome: Ipuiz Vieira

CPF: 144.690.902-63

Camila de Souza Recha

(\* ) 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 inteiro 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     | Ipuiz Vieira             |              |                          |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                    |                          |              |                          |
| Nome completo:   |                    |                          |              |                          |
| Profissão:   | Ipuiz Vieira       | Endereço:                |              |                          |
| Bairro:  | S. M. C            | Cidade:                  | Boa Vista    | Estado:                  |
| E-mail:  | ILOIRR@HOTMAIL.COM |                          |              |                          |
| CEP:   | 699                |                          | Complemento: | 65.316-396               |
| CPF:   | 144.690.902-63     |                          | Número:      | Tel.(DDD): 65198403-5060 |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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):
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0653  CONTA: 289 13 5  
(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 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.

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 Lider 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

Local e Data: Boa Vista - RR,  
 Nome: Ipuiz Vieira  
 CPF: 144.690.902-63

Camila de Souza Rechá  
 (\*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: Raimundo Lima Vieira  
 CPF: 414.514.642-53

Raimundo Lima Vieira

Assinatura

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

Francisco Pedro Mesquita

Assinatura

X

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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     | Ipuiz Vieira             |              |                          |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                    |                          |              |                          |
| Nome completo:   |                    |                          |              |                          |
| Profissão:   | Ipuiz Vieira       | Endereço:                |              |                          |
| Bairro:  | S. M. C            | Cidade:                  | Boa Vista    | Estado:                  |
| E-mail:  | ILOIRR@HOTMAIL.COM |                          |              |                          |
| CEP:   | 699                |                          | Complemento: | 65.316-396               |
| CPF:   | 144.690.902-63     |                          | Número:      | Tel.(DDD): 65198403-5060 |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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):
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0653  CONTA: 289 13 5  
(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 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.

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 Lider 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

Local e Data: Boa Vista - RR,  
 Nome: Ipuiz Vieira  
 CPF: 144.690.902-63

Camila de Souza Rechá  
 (\*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: Raimundo Lima Vieira  
 CPF: 414.514.642-53

Raimundo Lima Vieira

Assinatura

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

Francisco Pedro Mesquita

Assinatura

X

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA 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  | Mel(o)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  
FIAT. 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 deu origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do número da RG:

CPF da vítima:

**144.690.902-63**

Nome completo da vítima:

**Ipuiz Viciria**

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

Nome completo:

**Ipuiz Viciria**

Profissão:

**Apresentado**

Endereço:

**Av. Nazare Filgueiras**

CPF:

**144.690.902-63**

Bairro:

**S.M.C**

Cidade:

**Geo Unb**

Número:

**699**

Complemento:

**KR**

Estado:

**DF**

CEP:

**65.316-306**

Telefone:

**(61) 3184-03-5066**

E-mail:

**INQUIRR@HUTMRAIL.COM**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

- CONTA POUPANÇA (Corrente para os bancos atuais. Anexe uma opção)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (207)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Corrente ou Banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

**0653**

CONTA:

**289 13**

CONTA:

(Informar o dígito se usado)

(Informar o dígito se usado)

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.

## 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 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 informado, 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 Lider 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 privativa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 falecimento da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos:  Vítima deixou nascituro (ao nascimento)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Faço constar de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 290 do Código Penal.

Local e Data: **Brasília - DF**

Nome: **Ipuiz Viciria**

CPF: **144.690.902-63**

**Camila de Souza Rocha**

(\*) Assinatura da quem assina A RG

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 SUL ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-a a dar-lhe clínica do intuito teor da conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

29 MAIO 2018

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do número da RG:

CPF da vítima:

**144.690.902-63**

Nome completo da vítima:

**Ipuiz Viciria**

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

Nome completo:

**Ipuiz Viciria**

Profissão:

**Apresentado**

Endereço:

**Av. Nazare Filgueiras**

CPF:

**144.690.902-63**

Bairro:

**S.M.C**

Cidade:

**Geo Unb**

Número:

**699**

Estado:

**RR**

CEP:

**65.316-306**

Telefone:

**(65) 98403-5066**

E-mail:

**INQUIRR@HUTM.RJ.BR**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

- CONTA POUPANÇA (Corrente para os bancos atuais. Anexe uma opção)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (207)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Corrente ou Bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

**0653**

CONTA:

**289 13**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

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.

## 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 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 informado, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74; art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa privativa 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 falecimento da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (ao nascimento)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Faço constar de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 reincidência criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

Local e Data: **Boa Vista - RR**

Nome: **Ipuiz Viciria**

CPF: **144.690.902-63**

**Camila de Souza Rocha**

(\*) Assinatura da quem assina A RG

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 SUL RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-a a dar-lhe clínica do íntimo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

29 MAIO 2013



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1º Classificação Reclassificação  
NÃO Vermelho  
CLASSIFICADO Laranja  
Amaralho  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
( ) Vermelho  
( ) Laranja  
( ) Amaralho  
( ) Verde  
( ) Azul Ass.

Raquel L. Suluzar  
Reclassificação  
( ) Vermelho Enfermagem  
Laranja  
Amaralho  
Verde  
Azul Ass.  
COREN-RR 001.058.491-TE

|   |  |   |  |  |                             |
|---|--|---|--|--|-----------------------------|
| 1901077046 24/02/2019 12:30:09  |  | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA  |  | DIURNO 07-19   | 73                          |
| Paciente<br><b>LUIZ VIEIRA</b><br>Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão<br><b>IDENTIDADE 24618 SSPIRR</b><br>Mãe<br><b>MARIA SALUSTRIANA VIEIRA</b><br>Endereço<br><b>AVENIDA - NAZARE FILGUEIRAS - 699 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR</b> |  | Data Nascimento<br><b>07/01/1934</b><br>Idade<br><b>85 A 1 M 17 D</b><br>CNS<br><b>707609289263993</b><br>Sexo<br><b>M</b><br>Estado Civil<br><b>SOLTEIRO(A)PARD</b><br>Raça/Cor<br><b>BRASILEIRA</b><br>Naturalidade<br><b>BOA VISTA - RR</b><br>Pai<br><b>NC</b><br>Contato<br><b>(95) 99115-7010</b><br>Ocupação |  | CPF<br><b>14469090263</b>  | Prontuário<br>Nacionalidade |
|   |  |   |  | Temp.<br><b>Peso</b>   | Pressão                     |
|   |  |   |  | Registrado por:<br><b>JACKSON.SADOVSKI</b>   |                             |
| Class. de Risco<br><b>NÃO CLASSIFICADO</b>  |  | Plano Convênio<br><b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>   |  | Nº da Carteira   | Validade                    |
| Motivo do Atendimento<br><b>SPA - PRONTO ATENDIM</b>  |  | Caráter do Atendimento<br><b>URGÊNCIA</b>   |  | Profissional do Alend.   | Procedência                 |
| Setor<br><b>PRONTO ATENDIMENTO</b>  |  | Tipo de Chegada<br><b>DEMANDA ESPONTANEA</b>  |  | Procedimento Sol.  |                             |
| Queixa Principal  |  |   |  | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue                     |                             |
| Anamnese de Enfermagem  |  |   |  | <b>GSC</b><br>AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456   |                             |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)   |  |   |  |  |                             |
| <i>Doente proveniente do HCS, vítima de otoplastia</i><br><i>Nege comorbidades. Repouso em MSD e tonozzo D</i><br><i>BEG, LOTE, coado, espirro, hidratação, APP.</i><br><i>Tem PR cutâneo q frustre radio D.</i>  |  |   |  |  |                             |
| Exame Físico  |  |   |  |  |                             |
| Hipótese Diagnóstica  |  |   |  |  |                             |
| SADT - Exames Complementares  |  | <input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:   |  |  |                             |
| PRESCRIÇÃO  |  | <i>Ditumano 2g (2) azore</i><br><i>an ortopedia</i>   |  | <b>Eduardo S. de Sousa</b><br>Técnico de Enfermagem<br>COREN-RR-000473114-17   | APRAZAMENTO                 |
|   |  |   |  | <i>BT MAR 2013</i><br><i>Ossai</i>   |                             |
| Condução  |  |   |  | <input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Internação<br>Data e Hora da Saída/Alta: |                             |
| Óbito   |  |   |  |  |                             |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  |  | Destino: <input type="checkbox"/> Família   |  | <i>Rosa</i><br><i>bianca</i><br><i>Cirurgia Geral</i><br><i>CRM-RR 1216</i><br><i>ROB 47</i>   |                             |
| Assinatura do Paciente ou Responsável   |  |   |  | Carimbo e Assinatura do Médico   |                             |
| Impresso por: aldivania.freitas<br>Data/Hora: 24/02/2019 12:32:49   |  |   |  |  |                             |



fract de Rádio diafrâmb.

to Es: Fraturas superficiais

Pr: Frat lat com desvio

Fract  
HEM-

CRM-RJ 1759 TEC 1422  
Cirurgia do Joelho  
Ortopedia e Traumatologia  
Dr. JONATHAS C. LOPES

29 MAIO 2015

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ene Garozz, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 365/13

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO:

0077592-4

Nº de Nota Fiscal 002334692

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

|               |            |                       |                     |
|---------------|------------|-----------------------|---------------------|
| CONSUMO MÉDIO | VENCIMENTO | VALOR DA Fatura (R\$) | VALOR A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|-----------------------|---------------------|

|                |            |     |       |
|----------------|------------|-----|-------|
| FEVEREIRO/2019 | 02/03/2019 | 113 | 82,04 |
|----------------|------------|-----|-------|

RAIMUNDA LIMA VIEIRA  
AV NAZARF FILgueiras 699 SENADOR HELIO CAMPOS

CPF: 000-41454464291

CEP: 69.316-396 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.25.109300

| LÍGAS/SAÍDA DELETRADA       | RWU   | DATA DE | LÍGAS/SAÍDA DELETRADA | DATA DE    |
|-----------------------------|-------|---------|-----------------------|------------|
| Atual:                      | 21068 |         | Atual:                | 12/02/2019 |
| Anterior:                   | 20955 |         | Anterior:             | 15/01/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 |         | Próxima Leitura:      | 12/03/2019 |
| Consumo Médio:              | 113   |         | Emissão:              | 11/02/2019 |
| Consumo Faturado:           | 113   | FCAM    | Acrecentação:         | 12/02/2019 |

NORMAL

28

| Classe/Subclasse  | Ligação | Número Medidor | Posto     | Código Fat. | Média 12 meses |
|---|---------|----------------|-----------|-------------|----------------|
| RESID. EX. RENDA  | MONO    | E2730902       | H 1420322 | 1.6.1.1     | 179            |
| <b>HISTÓRICO DE CONSUMO</b>   |         |                |           |             |                |
| Mêsano consumo  |         |                |           |             |                |
| JAN/19 149<br>DEZ/18 171<br>NOV/18 218<br>OUT/18 209<br>SET/18 202<br>AGO/18 161<br>JUL/18 197<br>JUN/18 132<br>MAI/18 256<br>ABR/18 241<br>TIRIM SEM TRIBUTO:<br>8 H 00 - 0,268163<br>3 H 00 - 0,459703<br>10 H 113 - 0,503420 |         |                |           |             |                |
| CONSUMO 30 A R\$ 0,268163 = 8,04<br>70 A R\$ 0,459703 = 32,17<br>13 A R\$ 0,503420 = 3,22<br>SUBVENCAO BAIXA RENDA 39,21<br>ILUMINACAO PUBLICA 32,87  |         |                |           |             |                |
| <b>TERMOS DE INSCRIÇÃO DE RECLAMAÇÃO DE PAGAMENTO</b>   |         |                |           |             |                |

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

IGUE 02/03/2019/20 F. FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26  
Parabéns! Até o dia 11/02/2019, não constatam futuros vencimentos nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

| Distribuição:                              | Base de Cálculo:      |
|--|-----------------------|
| Energia: 12,36                             | Aliquota ICMS: 49,17  |
| Transmissão: 26,19                         | Valor do ICMS: 17,00% |
| Encargos: 0,00                             | Valor do PIS: 8,35    |
| Tributos: 1,36                             | Valor do COFINS: 0,16 |
| <b>VALORES ADICIONAIS DE CONTINUIDADE:</b> |                       |
|  | 0,75                  |

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

a 24

29 Maio 2019



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

*Ligada em você*

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2419388

ILOR 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

Identificação mecânica

29 MAI 2019

recorte aqui

### RORAIMA ENERGIA

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

*Ligada em você*

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

83610000022.292000750003.000000001081.915302190052

