

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

NAME: ZILÓIR INÁCIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE: RG. 114807 SSP RR
Nº REGISTRO: 01101922304

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

RESIDÊNCIA: JOSE SOUZA DE ASSUNÇÃO

CONCEIÇÃO: ONIRIA INÁCIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CATIBRA: AB

VALIDADE: 28/01/2020 EXPIRAÇÃO: 15/12/1999

GERAR COPIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO DE PLACA: 980151096

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

JUÍZ DO ESTATUTO DO PESSOAL
DIRETOR GERAL
ASSINATURA DO EMISSOR

92485240616
RR207968020

DETRAN RR (RORAIMA)

22 NOV. 2019

19/08/2019

Guia de Atendimento 17

Listo
UFG
2019

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

1 ^ª Classificação/Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

1901150412	19/08/2019 01:56:20	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	3
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
RICARDO PEREIRA CHAVES		02/10/1970	48 A 10 M 17 D		53570286134
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Nacionalidade
IDENTIDADE	179290	M		PARD	BRASIL
Mãe	LUSIMAR PEREIRA CHAVES			Par	Contato
Enderço	AVENIDA - SEBASTIAO DINIZ - 2293 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR			(95) 99118-7938	Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA			Procedimento Sol.	Peso
Sector	Tipo de Chegada				Profissão
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				Registrado por:
Queixa Principal					SOUZA
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL
				AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente conduzido pelo SAMU; history de colisão moto x com inalação.

Exame Físico

- Embriaguez: lucido, orientado.

- Peculiaridades: + suores canto concreta na Bola de futebol.

Hipótese Diagnóstica

TCE leve.

TC de crônico
sem alterações

SADT - Exames Complementares

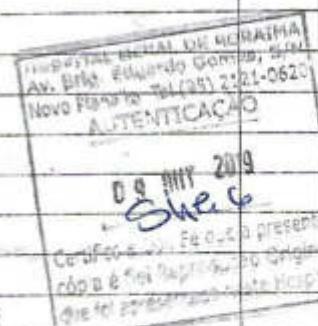
RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

QSG 5.1-500mg (EV)		
Opifruine 2g (EV)		
① Alvolac 500mg x 10.		
② Buscopan 100mg (EV)		



Conduta

A ta per Decisão Médica
 A ta a Pedido
 A ta a Revisão
 Transferência para:

Lucas Elias França
 ASP QOCONEXED-FAB
 CRM-RR 2046

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
 Data e Hora da Saída/Alta: / / : / : /

Óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: sousa
 Data/Hora: 19/08/2019 01:57:04

22 NOV. 2019



19/08/19. 03:30.

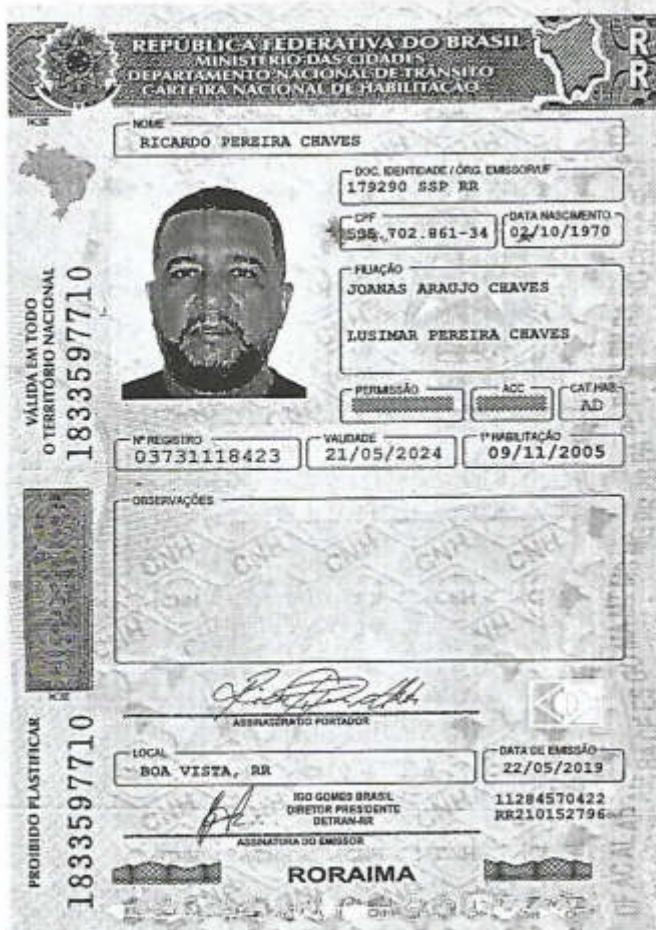
Sem conduta Bus maril.

Maxim de Foz Tuares.

Legend Praia do
Buegmaisilópolis
CRO-RR 521



22 NOV. 2019



22 NOV. 2019

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

NAME: ZILÓIR INÁCIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE: RG. 114807 SSP RR
Nº REGISTRO: 01101922304

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

RESIDÊNCIA: JOSE SOUZA DE ASSUNÇÃO

CONCEIÇÃO: ONIRIA INÁCIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC DATA EMISSÃO: 15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº REGISTRO: 980151096

VALIDADE: 28/01/2020

PERMITIDA ATÉ: 15/12/1999

GERAR COPIA

ASSINATURA DO PORTADOR:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA

JUÍZ DO ESTATUTO DO PESSOAL
DIRETOR PROVISÓRIO
ASSINATURA DO EMISSOR

DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616
RR207968020

DETRAN RR (RORAIMA)

22 NOV. 2019

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Ricardo Pereira chaves
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	179290
ENDEREÇO:	Av. Sebastião Dmig-Nº 2293, São Vicente

OUTORGADO

NOME:	Silvin Inácio da Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 55918
ENDEREÇO:	R. Antônio p. Galvão 1832

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: 19 /08 /2019, cobertura Invalidez, vitima: Ricardo Pereira chaves.



LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

22 NOV. 2019

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412548/19

Vítima: RICARDO PEREIRA CHAVES

CPF: 535.702.861-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2019

Titular do CPF: RICARDO PEREIRA CHAVES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

RICARDO PEREIRA CHAVES : 535.702.861-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: RICARDO PEREIRA CHAVES
CPF: 535.702.861-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

RICARDO PEREIRA CHAVES

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412548/19

Número do Sinistro: 3190653611

Vítima: RICARDO PEREIRA CHAVES

CPF: 535.702.861-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2019

RICARDO PEREIRA
CHAVES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

RICARDO PEREIRA CHAVES : 535.702.861-34

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653611

Vítima: RICARDO PEREIRA CHAVES

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RICARDO PEREIRA CHAVES

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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. 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, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653611

Vítima: RICARDO PEREIRA CHAVES

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICARDO PEREIRA CHAVES

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. 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, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653611

Vítima: RICARDO PEREIRA CHAVES

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RICARDO PEREIRA CHAVES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

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:
	535.402.861-34	Ricardo Pereira Chaves
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF:
Ricardo Pereira Chaves	Autônomo	535.402.861-34
Bairro:	Endereço:	Número:
São Vicente	Ao. Sebastião Diniz	2293
E-mail:	Cidade:	Complemento:
Alcivare@hotmail.com	Boa Vista	
E-mail:	Estado:	CEP:
	RR	69.309-475
		Tel.(DDD): (65) 99154-4282

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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: _____ CONTA: _____
 (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 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. 38, §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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (ou alfabetizado): Local e Data: Boa Vista - RR, 20-08-2019
 Nome: Ricardo Pereira Chaves
 CPF: 535.402.861-34

Assinatura de quem assina A ROGO
 X

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3190-653611

3 - CPF da vítima:

535.702.861-34

4 - Nome completo da vítima:

Ricardo Pereira Chaves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Ricardo Pereira Chaves

7 - Profissão:

Policia militar

11 - Bairro:

São Vicente

15 - E-mail:

TLOIRR@HOTMAIL.COM

8 - Endereço:

Av. Sebastião Diniz

12 - Cidade:

Bom Jardim

6 - CPF:

535.702.861-34

9 - Número:

2293

10 - Complemento:

Casa

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.303-475

16 - Tel.(DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS/CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: 0522

3

CONTA: 52765

3

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da 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

23 - Estado Civil da Vítima:

 Solteiro Casado (no civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não..

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nasцturo (vai nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data,

- RR, 19/12/19

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 1000 2000



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026094/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/08/2019 06:18 Data/Hora Fim: 19/08/2019 06:34

Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 066766 Data: 19/08/2019

Delegado de Policia: Alexandre Henrique de Matos Lima

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 19/08/2019 01:02

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA SOLEDADE BENEDETTI

Bairro: Cinturão Verde

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MACKMILLER MELO SALES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Idade: 40
Profissão: Policial Militar Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Sem Informação Nome do Pai: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA SOLEDADE BENEDETTI

Nº: S/N

Bairro: Cinturão Verde

Nome Civil: RICARDO PEREIRA CHAVES (CONDUTOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 49
Profissão: Agente de Saúde
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: Sem Informação Nome do Pai: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA 7 DE SETEMBRO

Nº: 49

Complemento: APTO 02

Bairro: CINTURÃO VERDE

22 NOV. 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veiculo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	Placa PHE5360
Cor BRANCA	Marca/Modelo HONDA CB 300R
Veiculo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026094/2019

Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ricardo Pereira Chaves	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu nesta DEPOL a guarnição da Polícia Militar apresentando o ROP 066766, série J, informando de um acidente de trânsito; Que a guarnição chegou ao local e encontrou o solicitante, ANDRÉ LOURENÇO BENTO SICEINEL, 35 anos, RG 218235, residente e domiciliado na rua Soledade Benedetti, s/n, Cinturão Verde, informando que o condutor da motocicleta Honda CB 300R, placa PHE 5360, RICARDO PEREIRA CHAVES, estava na Rua Soledade benedetti no sentido Udine Benedetti, quando caiu sozinho na via; Que o solicitante acionou o Samu, o qual se fez presente e removeu o condutor ao hospital para cuidados médicos; Que o solicitante afirmou que se responsabiliza pela guarda da motocicleta; Que não foi possível saber o estado de saúde do condutor. É o relato.

ASSINATURAS

Kleber Jose Montoril Rocha

Agente de Policia

Matrícula 042000078

Responsável pelo Atendimento

Mackmiller Melo Sales

(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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

22 NOV. 2019

DATA: 05/11/2019
CONFERIDO E ASSINADO
Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Matr. 042000078

Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 05/11/2019 08:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

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:

535.402.861-34 Ricardo Pereira Chaves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 345/2012

Nome completo:	Ricardo Pereira Chaves	CPF:	535.402.861-34
Profissão:	Autônomo	Número:	2293
Endereço:	Ao. Sebastião Diniz	Complemento:	
Bairro:	São Vicente	Cidade:	Boca Vista
E-mail:	Alcivare@hotmail.com	Estado:	RR
		CEP:	69.309-475
		Tel.(DDD):	(65) 394154-4282

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 type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia 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 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.

Impressão digital da vítima ou de seu tutor ou法定监护人
Assinatura de quem assina a RODO
Local e Data: Boa Vista - RR, 20-08-2019
Nome: Ricardo Pereira Chaves
CPF: 535.402.861-34

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Eno Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0001328-5

Nº da Nota Fiscal

003841246

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	294	260,71

LUSIMAR PEREIRA CHAVES

AV SEBASTIÃO DINIZ 2293 SAO VICENTE

CPF: 80007619441391

CEP: 69.380-475 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual: 6666
Anterior: 6372
Dias da consumo: 33
Constante de Multiplicação: 1.000
Consumo medido: 294
Consumo Faturado: 294

DATAS DA LEITURA

Atual: 16/10/2019
Anterior: 13/09/2019
Próxima leitura: 16/11/2019
Emissão: 15/10/2019
Apresentação: 16/10/2019
R: 0.0001.09.84.021968

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: B
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligaçao: 31
Número Medidor: TDB1616175
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: CONVENCIONAL

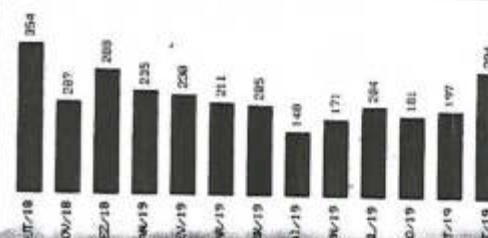
DESCRICAÇÃO DA CONTA

CONSUMO	294 A R\$ 0,764602 =	224,79
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 06/19-00		0,03
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 06/19-00		0,01
MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00		1,76
JUROS DE MORA POR ATÉ 06/19-00		0,31
MULTA POR ATRASO 08/19-00		2,81
JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00		4,50
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		29,50

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 294 - 0,634628

HISTÓRICO DE MEDICAO



Média 12 meses: 216

MENSAGENS
IMPORTANTESREAVISO DE
VENCIMENTO

Nº/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2019, em função das contas reavvisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavvisada(s) no valor de R\$ 137,38 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 18/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESCONTO ATÉ 30%.
LIGUE 06007015128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1-6 11 16 21 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	122,47
Distribuição:	57,75
Transmissão:	8,00
Encargos:	6,36
Tributos:	38,21

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo	Alíquota	Valor
224,79	11,00%	23,71
	ICMS:	0,0000%
	PIS:	0,0000%
	COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mês	DIC			FIC			DMIC			DICRI		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Límite	6,83	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54					
Realizado	1,88		2,88			1,39						
Conjunto	CENTRO			00/2019			EURO:	69,00				



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eno Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0001328-5TOTAL A PAGAR R\$
260,71

MÊS FAZURADO

10/2019

VENCIMENTO

06/11/2019

Nº da Nota Fiscal:

003841246

836500000002-8-60710075000-1-00000000001-8-32651019000-0



22 NOV. 2019



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 1089153	MÊS 02/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh) 237	VENCIMENTO 11-MAR-19	TOTAL A PAGAR 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

recorte aqui



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

**22 NOV. 2019**