

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIFIC. / CRO. / CRESSOMER
 114807 SSP RR

CPF
 383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
 07/04/1976

FUSAO
 JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO
 ACC
 DATA
 AD

N.º REGISTRO
 01101922304

VALIDADE
 28/01/2020

HABILITACAO
 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
 30/01/2015

ASSINATURA DO PRESIDENTE
 92485240616
 RR207968020

DETRAN - RR (RORAIMA)

VALIDA EM TODOS
 O TERRITORIO NACIONAL
 980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
 980151096

22 NOV. 2019

disto
JUC
2019

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

1ª Classificação
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass

1901150412	19/08/2019 01:56:20	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		3
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
RICARDO PEREIRA CHAVES	02/10/1970	48 A 49 M 17 D		53570286134				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE 179290				M		PARDA		BRASIL
Mãe				Pai				Contato
LUSIMAR PEREIRA CHAVES								(95) 99118-7938
Endereço							Ocupação	
AVENIDA - SEBASTIAO DINIZ - 2293 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR							NÃO INFORMADA	

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo de Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		SOUSA		

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

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AD: 1234 RV: 12345 MIV: 123456	15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
 Polísta conduzido pelo SAMU; história de colisão
 moto x com linha.

Exame Físico
 - Embriaguez; lucido, orientado.
 - Pupilas anisocóricas (+) euras como contêve na Boca em FGA.

Hipótese Diagnóstica
 TCE leve.

SADT - Exames Complementares
 TC de crânio sem alterações

<input type="checkbox"/> RAIO-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	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
PRESCRIÇÃO 1) SG 5.1- 500ml (EU) 2) Tetracina 2g (EU) 3) Analgesia Buco maxilo. 4) Buscopan composto 0.1mg (EU)		

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:
 () Ambulatório
 () Observação (Até 24h)
 () Internação
 Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito
 Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anamnese 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
 1901150412

19/08/19. 03:30.

Sam conduzir Busa Mexib.

Quem de Fortunas.

Leandro Pires de Carvalho
Busemaxilofia
CRO-RR 54



22 NOV. 2019

<div>  <div> REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO </div> <div>  <div> RR </div> </div> </div>	
<div> <div> VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL </div> <div> 1833597710 </div> </div>	<div> <div> NOME </div> <div> RICARDO PEREIRA CHAVES </div> </div>
	<div> <div> DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF </div> <div> 179290 SSP RR </div> </div>
	<div> <div> CPF </div> <div> 598.702.861-34 </div> </div> <div> <div> DATA NASCIMENTO </div> <div> 02/10/1970 </div> </div>
	<div> <div> FILIAÇÃO </div> <div> JONAS ARAUJO CHAVES </div> </div> <div> <div> LUSIMAR PEREIRA CHAVES </div> </div>
	<div> <div> PERMISSÃO </div> <div> ACC </div> <div> CAT. HAB. </div> <div> AD </div> </div>
	<div> <div> Nº REGISTRO </div> <div> 03731118423 </div> </div> <div> <div> VALIDADE </div> <div> 21/05/2024 </div> </div> <div> <div> 1ª HABILITAÇÃO </div> <div> 09/11/2005 </div> </div>
	<div> <div> OBSERVAÇÕES </div> <div> </div> </div>
<div> <div> PROIBIDO PLASTIFICAR </div> <div> 1833597710 </div> </div>	<div> <div> ASSINATURA DO PORTADOR </div> <div> </div> </div>
	<div> <div> LOCAL </div> <div> BOA VISTA, RR </div> </div>
	<div> <div> DATA DE EMISSÃO </div> <div> 22/05/2019 </div> </div>
	<div> <div> ASSINATURA DO EMISSOR </div> <div> </div> </div>
<div> <div> 11284570422</div> <div> RR210152796 </div> </div>	
<div> <div> RORAIMA </div> </div>	

22 NOV. 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIFIC. / CRO. / CRESSOMAR
 114807 SSP RR

CPF
 383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
 07/04/1976

FUSAO
 JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO
 ACC
 CATEGORIA
 AD

N.º REGISTRO
 01101922304

VALIDADE
 28/01/2020

1.ª HABILITACAO
 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
 30/01/2015

92485240616
 RR207968020

JUSCELINO KUSTOCHEN PEREIRA
 DIRETOR PRESTACAO

ASSINATURA DO MESMO

DETRAN - RR (RORAIMA)

VALIDA EM TODOS
 O TERRITORIO NACIONAL
 980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
 980151096

22 NOV. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013774716446
EXERCÍCIO 2018

RICARDO PEREIRA CHAVES

PLACA 535.702.661-34

CHASSI 992NCA510FR105708

COMBUSTÍVEL ALCO/GRASOL

ANOMOD 2015

COR PREDOMINANTE BRANCA

CATEGORIA PARTICU

VENO COTA ÚNICA

DATA DE PAGAMENTO 18/12/2018

SEM RESERVA DE VEÍCULO

BOA VISTA-RR

18/12/2018

BOA VISTA-RR

Igo Gomes Brasil
Diretor Presidente Interno
DETRAN-RR

DETRAN

DETRAN

RR Nº 013774716446 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/12/2018

PLACA PHE5350

CHASSI 992NCA510FR105708

COMBUSTÍVEL ALCO/GRASOL

ANOMOD 2015

COR PREDOMINANTE BRANCA

CATEGORIA PARTICU

VENO COTA ÚNICA

DATA DE PAGAMENTO 18/12/2018

SEM RESERVA DE VEÍCULO

BOA VISTA-RR

Igo Gomes Brasil
Diretor Presidente Interno
DETRAN-RR

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

013774716446
52558218

22 NOV. 2019

OUTORGANTE

NOME: Ricardo Pereira Chaves

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 179290

ENDEREÇO: Av. Sebastião Diniz - N. 2293, São Vicente

OUTORGADO

NOME: Elieir Inácio de Souza
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Autônomo
IDENTIDADE: 114.804 SSP/R
ENDEREÇO: R. Antonio 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 Im valides, vítima: Ricardo Pereira Chaves

Boa vista 20-08-19

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/08/2019

Titular do CPF: RICARDO PEREIRA CHAVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICARDO PEREIRA CHAVES

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

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



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

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:

535.402.861-34

Nome completo da vítima:

Ricardo Pereira Chaves

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

Nome completo:

Ricardo Pereira Chaves

CPF:

535.402.861-34

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Av. Sebastião Diniz

Número:

2293

Complemento:

Bairro:

São Vicente

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.309-475

E-mail:

aloivir@hotmail.com

Tel.(DDD):

95199154-4282

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não 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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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 Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Ricardo Pereira Chaves

7 - Profissão:

Fiscal militar

8 - Endereço:

Av. Sebastião Diniz

6 - CPF:

535.702.861-34

11 - Bairro:

São Vicente

12 - Cidade:

Boa Vista

9 - Número:

2293

10 - Complemento:

Casa

15 - E-mail:

LOIRRR@HOTMAIL.com

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.303-475

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0522 3

CONTA:

52765 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34 -

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 19/12/19

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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 Polícia: 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 Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	Placa PHE5360
Cor BRANCA	Marca/Modelo HONDA CB 300R
Veículo 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 Polícia

Matrícula 042000076

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

CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 05/11/2019
ASSINATURA
Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Matr. 042000076

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



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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:

535.402.861-34

Nome completo da vítima:

Ricardo Pereira Chaves

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

Nome completo:

Ricardo Pereira Chaves

CPF:

535.402.861-34

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Av. Sebastião Diniz

Número:

2293

Complemento:

Bairro:

São Vicente

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.309-475

E-mail:

rlouren@hotmail.com

Tel. (DDD):

95199154-4282

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74 art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não 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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO



SEU CÓDIGO

0001328-5

Nº da Nota Fiscal 000841245

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\$)
OCTUBRO/2019	06/11/2019	294	260,71

LUSIMAR PEREIRA CHAVES

AV SEBASTIAO DINIZ 2293 SAO VICENTE

CPF: 00087618441391

CEP: 69.383-475 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 6666	Atual: 16/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 6372	Anterior: 13/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 16/11/2019	Uso: BI
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 15/10/2019	Número Medidor: TDB1616175
Consumo medido: 294	Apresentação: 16/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 294	R: 0,001 - 0,9 - 84 - 921 000	Modalidade: CONVENCIONAL

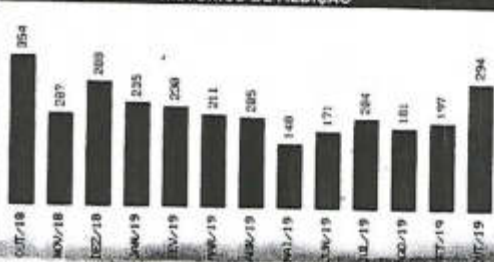
DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	294 A R\$ 0,764602 = 224,79
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 08/19-00	0,03
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 08/19-00	0,01
MULTA POR ATRASO DE 08/19-00	0,76
JUROS DE MORA POR ATR 08/19-00	0,01
MULTA POR ATRASO 08/19-00	0,31
JUROS DE MORA DE IMPO 08/19-00	0,81
ILUMINACAO PUBLICA	29,50

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 294 - 0,634628

Média 12 meses: 216

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2019, em função das contas reavizadas 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 reavizada(s) no valor de R\$ 137,38 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor reconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13/12/2019 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.

LIQUE 0600701920 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 14 15 21 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	122,47	Encargos:	6,36	Base de Cálculo:	224,79
Distribuição:	57,75	Tributos:	39,21	ICMS:	17,88
Transmissão:	0,00			PIS:	0,00000%
				COFINS:	0,00000%

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	6,83	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	1,00			2,00			1,39	
Conjunto	CENTRO			Período de aplicação: 00-2019			PERÍODO	59,06



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

SEU CÓDIGO
0001328-5

TOTAL A PAGAR R\$
260,71

MÊS FATURADO
10/2019

VENCIMENTO
06/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 000841245

83650000002-8 60710075000-1 00000000001-8 32851019008-0



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**

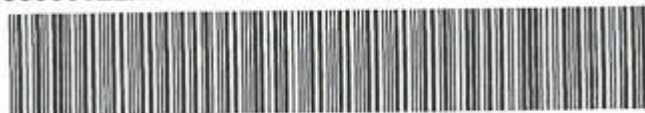
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

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**