DENATRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013161199374
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01
CÓD. RENAVAM: 00266750160
R.N.T.R.C.:
EXERCÍCIO: 2018

NOME: FRIOS ALIANCA E COMERCIO LTDA ME
RR

CPF / CNPJ: 12.513.026/0001-12
PLACA: NUJ3988

PLACA ANT / UF:
CHASSI: 9C2JC4110AR726188

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS
ANO FAB.: 2010
ANO MOD.: 2010

CAP / POT / CIL: 2P/012ACC/
CATEGORIA: PARTICU
COR PREDOMINANTE: AZUL

IPVA
COTA ÚNICA: *PAGO*
VENC. COTA ÚNICA: *PAGO*
VENC. COTAS: 1ª ********* 2ª ******** 3ª ********
FAIXA IPVA:
PARCELAMENTO / COTAS: ** PAGO COTA UNICA **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$):
IOF (R$):
PRÊMIO TOTAL (R$): [illegible]
DATA DE PAGAMENTO: 21/11/2018

SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR DA A MAZ OCID *

LOCAL: BOA VISTA
DATA: 21/11/2018

Amadeu Bezerra Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013161199374 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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: 21/11/2018

VIA: 01
CPF / CNPJ: 12.513.026/0001-12
PLACA: NUJ3988

RENAVAM: 00266750160
MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.: 2010
CAT. TARIF.:
Nº CHASSI: 9C2JC4110AR726188

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
R$81.29	R$9.03	R$90.33

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	[illegible] (R$)
R$4.15	R$0.7	R$185.5

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO: 21/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

14 OUT. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592333 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: DERISON DOS ANJOS CABRAL **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592333 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: DERISON DOS ANJOS CABRAL **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Dérison dos Anjos Cabral
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autonomo
IDENTIDADE:	238002
ENDEREÇO:	R: das mil flores 225 pricumé

OUTORGADO

NOME:	Elcir Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autonomo
IDENTIDADE:	114 807 SSP/RR
ENDEREÇO:	R. Antonio P. Galvão 1839

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: 06 / 07 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Dérison dos Anjos Cabral.

Boa Vista 06-09-19

LOCAL E DATA

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Dérison dos Anjos Cabral

ASSINATURA DO OUTORGANTE

14 OUT. 2019

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino
Av. Ataíde Teive, 4307

DANIEL AQUINO

140430:5d72084cd7ca
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"1/DERISON DOS ANJOS CABRAL

Em testemunho da verdade. DBA
Do que dou fé. Boa Vista/RR, 06 de setembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalselorr.com.br
RECFIR158296BL6IBNTYWY70KQ10 /

Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364443/19

Número do Sinistro: 3190592333

Vítima: DERISON DOS ANJOS CABRAL

Data do acidente: 06/07/2019

CPF: 898.432.662-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DERISON DOS ANJOS CABRAL

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

DERISON DOS ANJOS CABRAL : 898.432.662-34

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 18/02/2020	Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: DERISON DOS ANJOS CABRAL	Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 898.432.662-34	CPF: 432.858.722-68
DERISON DOS ANJOS CABRAL	ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364443/19

Vítima: DERISON DOS ANJOS CABRAL

Data do acidente: 06/07/2019

CPF: 898.432.662-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DERISON DOS ANJOS CABRAL

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA 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

DERISON DOS ANJOS CABRAL : 898.432.662-34

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 17/10/2019	Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: DERISON DOS ANJOS CABRAL	Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 898.432.662-34	CPF: 413.653.806-53
DERISON DOS ANJOS CABRAL	MANOEL COELHO NETO

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, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592333 **Vítima: DERISON DOS ANJOS CABRAL**

Data do Acidente: 06/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DERISON DOS ANJOS CABRAL

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

Pag. 00035/00036 - carta_03 - INVALIDEZ
00330018

Carta nº 15008621

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, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592333 **Vítima: DERISON DOS ANJOS CABRAL**

Data do Acidente: 06/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DERISON DOS ANJOS CABRAL

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

Pag. 01273/01274 - carta_01 - INVALIDEZ

00160637

Carta nº 15010545

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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592333 **Vítima: DERISON DOS ANJOS CABRAL**

Data do Acidente: 06/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DERISON DOS ANJOS CABRAL

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.
A documentação médica anexada, datada de 06/07/2019, emitida pelo Dr. ARNALDO J, CRM nº 1554 - RR, da Instituição H. GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01305/01306 - carta_31 - INVALIDEZ
00070653

Carta nº 15549885

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 898.432.662-34 | Nome completo da vítima: Dérison dos Anjos Cabral

DADOS CADASTRAIS

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

Nome completo: Dérison dos Anjos Cabral | CPF: 898.432.662-34

Profissão: Autonomo | Endereço: Rua das mil Flores | Número: 225 | Complemento:

Bairro: Pricumã | Cidade: Boa Vista | Estado: RR | CEP: 69 309-560

E-mail: Jlosvor@hotmail.com | Tel.(DDD): (95) 99154-4282

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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

Local e Data, Boa Vista - RR, 06/10/2019
Nome: Dérison dos Anjos Cabral
CPF: 898.432.662-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Dérison dos Anjos Cabral
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.

FPS.001 V001/2018

14 OUT. 2019

Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT

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:	3 - CPF da vítima: 898.432.662-34	4 - Nome completo da vítima: Deirison dos Anjos Cabral

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Deirison dos Anjos Cabral
6 - CPF: 898.432.662-34
7 - Profissão: Autonomo
8 - Endereço: Rua: das mil pecas
9 - Número: 225
10 - Complemento:
11 - Bairro: Pricumã
12 - Cidade: Boa Vista
13 - Estado: RR
14 - CEP:
15 - E-mail: dlorr@hotmail.com
16 - Tel.(DDD): (95)99154-4282

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 ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ 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: Itaú
AGÊNCIA: 8526 ☐ CONTA: 28239 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 07/11/2019

Deirison dos Anjos Cabral
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FRS.001.V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DA CAPITAL
2º DISTRITO POLICIAL
TELEFONE: (95) 4009-4450 (PLANTÃO)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 2174/19 Registrado às 14 H 50. Min.

Boa Vista-RR, 06 de Julho de 2019

Senhor Delegado, ERIC SILVA PEREIRA

COMUNICANTE: **ROP PM 811006 SERIE J** RG: SSP

CPF: PROFISSÃO: IDADE

ENDEREÇO: BAIRRO:

CIDADE: NACIONALIDADE: SEXO:

NATURAL: UF

DATA DE NASCIMENTO: / / GRAU DE INSTRUÇÃO:

ESTADO CIVIL: TEL.TRAB: CEL:

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

Vem a presença de Vossa Senhoria para informar que às Hs. do dia 06 De JULHO de 2019 no bairro **PRICUMÃ** Ocorreu o Seguinte fato:

RELATO/ HISTÓRICO

Que foi recebido o ROP PM **811006** SERIE J, e este relata o atendimento de Ocorrência de Acidente de Trânsito com danos materiais e vitima no local. Sendo então informados pelo senhor DERISON DOS ANJOS CABRAL que conduzia o veículo MOTO HONDA/CG 125 FAN KS NA COR AZUL DE PLACA NUJ 3980 pela Rua: José Pinheiro sentido Av. Via das Flores quando ao se aproximar do cruzamento da Rua: Mestre Albano colidiu com a senhora OLIVIA COELHO PIMENTEL que conduzia seu veiculo HONDA CITY DE COR VERDE DE PLACA NOV 9059 este que ao fazer a conversão para a esquerda pela Rua: José Pinheiro sentido Av. Gal Ataíde Teive foi colidido pelo condutor da motocicleta, causando o acidente. Informo que a perícia não foi acionada, devido violação do local e que o condutor da motocicleta foi socorrido pela equipe do SAMU e conduzido ao PSE com aparentes escoriações, o veiculo do senhor DERISON foi entregue ao respectivo habilitado RODRIGO LOPES DOS SANTOS CNH 06707093552 e o veículo da senhora OLIVIA, que se encontrava no local foi entregue a mesma. Histórico do fato conforme ROP PM em anexo.

KATIUSCIA LIMA
Agente de Polícia

ROP PM 811006 SERIE J
Comunicante

DESPACHO	DESPACHO	DESPACHO
Delegado	Delegado	Delegado

14 OUT. 2019

Encaminhe-se à DIT
BV 08/07/19

PMRR –CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL — SÉRIE J — Nº 811006

Vtr.	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fin
Ciptur 03	CIPTUR	06/07/19	LESTE	13h45min	13h45min	13H55min	14h50min

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fin
1001	13999/14999	-X-X-X-X-X-X-	138.030	138.037

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Av./Rua: Rua: Mestre Albano/ Rua: José Pinheiro Bairro: Pricumã Refe.: Cruzamento

PESSOAS RELACIONADAS

1 Condutor Nome: Derison dos Anjos Cabral Idade: 20 E. Civil: Solteiro
Endereço: Rua: Das 1000 Flores, 225, Pricumã
Edt. R.G 238002 SSP/RR CNH 06873018604 Profissão: Entregador

2 Condutora Nome: Olivia Coelho Pimentel Idade: 37 E. Civil: Casada
Endereço: Rua: Mestre Albano, 122-2, Liberdade
Edt. R.G 195298 SSP/RR CNH 03870732201 Profissão: Funcionaria Pública

3 Nome: Idade: E. Civil:
Endereço:
Edt. R.G CNH Profissão:

4 Nome: Idade: E. Civil:
Endereço:
Edt. R.G CNH Profissão: Estudante

AVARIAS

Avarias relacionadas

ITEM (01) MOTO HONDA/CG 125 FAN KS NA COR AZUL PLACA NUJ 3980 (frente destruida); ITEM (02) HONDA CITY DE COR VERDE PLACA NOV 9059 (porta lateral trazeira direita amassado, para-choque trazeiro amassado, para-lama trazeiro direito amassado, tampa do porta mala amassado e lanterna trazeira direita quebrada).

ASSINATUA [assinatura] CARGO APC LOCAL 2º DP

HISTORICO

Senhor Delegado do 2º DP, informo que fomos acionados via Ciops para atendimento de Ocorrência de Acidente de Trânsito com danos materiais e vitima no local acima citado. No local fomos informados pelo Item 01 que conduzia o veículo MOTO HONDA/CG 125 FAN KS NA COR AZUL DE PLACA NUJ 3980 pela Rua: José Pinheiro sentido Av. Via das Flores quando ao se aproximar do cruzamento da Rua: Mestre Albano colidiu com Item 02 que conduzia seu veiculo HONDA CITY DE COR VERDE DE PLACA NOV 9059 pela Rua: José Pinheiro sentido Av. Gal Ataíde Teive que ao fazer a conversão para a esquerda foi colidido pelo Item 01 causando o acidente. Informo que a perícia não foi acionada devido violação do local e que o Item 01 foi socorrido pela equipe do SAMU e conduzido ao PSE com aparentes escoriações, o veiculo do Item 01 foi entregue ao respectivo habilitado RODRIGO LOPES DOS SANTOS CNH 06707093552 e o veículo do Item 02 encontrava-se foi entregue ao respectivo proprietário.

Era o que tinha a relatar.

Edimar de Lima Nascimento	40.641-4	3° SGT/PM	CIPTUR/PMRR
	Nº	Posto/Graduação	SUOp

POLICIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 17/07/19

Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

14 OUT. 2019

Seguradora LÍDER

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: 898.432.662-34 | Nome completo da vítima: Dérison dos Anjos Cabral

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Dérison dos Anjos Cabral | CPF: 898.432.662-34

Profissão: Autonomo | Endereço: Rua das mil Flores | Número: 225 | Complemento:

Bairro: Pricumã | Cidade: Boa Vista | Estado: RR | CEP: 69.309-560

E-mail: Jlover@hotmail.com | Tel.(DDD): (95) 99154-4282

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 BANCARIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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

Local e Data: Boa Vista - RR, 06/10/2019
Nome: Dérison dos Anjos Cabral
CPF: 898.432.662-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Dérison dos Anjos Cabral
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.

FPS.001 V001/2018

14 OUT. 2019

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0015301-0

Eletrobras Distribuição Roraima
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 impressão autorizada pela SEFAZ 366/13

Nº da Nota Fiscal
003137600

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$)
JUNHO/2019	10/07/2019	805	688,23

IVANILDE CABRAL DA SILVA
R. DAS MIL FLORES 225 PRICUMA
CPF: 00004273060272
CEP: 69.309-560 - BOA VISTA

ROT: 2.001.08.12.048000

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh
Atual:	60501	
Anterior:	59696	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	805	
Consumo Faturado:	805	FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	22/06/2019
Anterior:	24/05/2019
Próxima Leitura:	22/07/2019
Emissão:	19/06/2019
Apresentação:	22/06/2019

NORMAL 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	E2834105	M 1606522	1.1.1.2	911

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	
MAI/19	877
ABR/19	1211
MAR/19	1010
FEV/19	871
JAN/19	978
DEZ/18	809
NOV/18	1077
OUT/18	1093
SET/18	775
AGO/18	792

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 805 - 0,634620

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 805 A R$ 0,773664 =	622,79
CORRECAO MONETARIA DA 04/19-00	0,14
CORRECAO MONETARIA IG 04/19-00	7,39
MULTA POR ATRASO DE I 04/19-00	0,96
JUROS DE MORA POR ATR 04/19-00	0,20
MULTA POR ATRASO 04/19-00	19,15
JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00	6,06
ILUMINACAO PUBLICA =	31,54

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
05/2019	703,18

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/07/2019. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 12A4.55A5.749C.C245.D4E4.4B38.6795.ED27

COMPOSIÇÃO DA CONTA – R$

Distribuição:	158,12
Energia:	335,34
Transmissão:	0,00
Encargos:	17,42
Tributos:	111,91

IMPOSTOS/TRIBUTOS – R$

Base de Cálculo:	622,79
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	105,87
Valor do PIS:	1,06
Valor do COFINS:	4,98

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
	0,00			0,00			0,00

FLORESTA 04/2019 397,32

ROT: 2.001.08.12.048000

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0015301-0	688,23
MÊS FATURADO	**VENCIMENTO**
06/2019	10/07/2019

Nº da Nota Fiscal: 003137600 FCAM

83600000006 4 88230075000 8 00000000015 8 30100619008 8

14 OUT. 2019

SEQ.: 00144 UC: 0015301-0 DT.LEIT.: 22/06/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 60501 NORMAL TOTAL: 688,23 CARGA: 021
DT.VENC.: 10/07/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1201

RORAIMA ENERGIA

Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO 0108915-3

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 impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003319917

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$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA

	kWh	kVArh
Atual	27732	
Anterior	27536	
Constante de Multiplicação	1,000	
Consumo Medido	196	
Consumo Faturado	196	FCAH

NORMAL

DATAS DA LEITURA

Atual	25/07/2019
Anterior	24/06/2019
Próxima Leitura	25/08/2019
Emissão	24/07/2019
Apresentação	25/07/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA 31

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	238

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	
JUN/19	158
MAI/19	100
ABR/19	178
MAR/19	263
FEV/19	237
JAN/19	231
DEZ/18	209
NOV/18	370
OUT/18	345
SET/18	246

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 196 - 0,634602

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 196 A R$ 0,764602 =	149,86	
ILUMINACAO PUBLICA		42,55

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mês/Ano	Valor R$
06/2019	164,28

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/08/2019, em função das contas reavisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e ja reavisada(s) no valor de R$ 212,94 (valor historico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9E73.38C8.904F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição	38,51
Energia	81,64
Transmissão	0,00
Encargos	4,24
Tributos	25,47

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo	149,86
Alíquota ICMS	17,00%
Valor do ICMS	25,47
Valor do PIS	0,00
Valor do COFINS	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
8,80 16,00 1,55
FLORESTA 05/2019 32,81
ROT: 5.001.12.04.021718

14 OUT. 2019

RORAIMA ENERGIA

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	TOTAL A PAGAR – R$
0108915-3	192,41
MÊS FATURADO	**VENCIMENTO**
07/2019	11/08/2019

Nº da Nota Fiscal: 003319917 FCAH

83680000001 7 92410075000 0 000000000108 1 91530719008 1

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP[1] 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[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilor Inacio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 - 04, na qualidade de Procurador (a) /Intermediário (a) do Beneficiário Derison dos Anjos Cabral inscrito (a) no CPF sob o Nº 898.432.662/34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Derison dos Anjos Cabral

inscrito (a) no CPF sob o Nº 898.432.662 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☑ Recuso informar

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

Endereço: Rua: Antonio Pinheiro Galvão		Número: 1832	Complemento:
Bairro: Buritis	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.309.209
E-mail: Ilorrr@hotmail.com			Tel.(DDD): (95) 99154-4282

Local e Data: Boa Vista-RR, 11 de outubro de 2019.

Assinatura do Declarante

DRL.001 V001/2017

14 OUT. 2019

PREFEITURA BOA VISTA

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1252

SAMU 192

UNIDADE: EQUIPE SAMU BV **BRAVO I** EQUIPE: Tec: Helinaldo Tavares / cond.: Bruno

Paciente: DERISON DOS ANJOS CABRAL Idade: 20 Sexo: M

Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia

Endereço: R. JOSE PINHEIRO Bairro LIBERDADE

Nº 11.314	DATA 06/07/19	HORA J/9: 13:39	BASE ( ) VIA ( ) / ( ) RÁDIO
Médico (a) Regulador (a): CIRO		HORA J/10: 13:47	( ) CELULAR

MOTIVO INICIAL: MOTO X CARRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( ) 1 a 3 horas ( ) 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

[x] Acidente de trânsito
[ ] Agressão física / espancamento
[ ] Agressão física – FAF
[ ] Agressão física – FAB
[ ] Urgência psiquiátrica
[ ] Tentativa de suicídio
[ ] Envenenamento
[ ] Afogamento
[ ] Queimadura
[ ] Choque elétrico
[ ] Queda
[ ] Urgência clínica
[ ] Urgência obstétrica
[ ] Transferência
[ ] Exame complementar
[ ] Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA
[ ] Pedestre	[ ] A pé	[ ] Ônibus	[x] Automóvel	[ ] Bicicleta	[ ] Capacete
[x] Condutor	[ ] Automóvel	[ ] Micro-ônibus	[ ] Motocicleta	[ ] Animal	[ ] Cinto de segurança
[ ] Passageiro	[x] Motocicleta	[ ] Outro	[ ] Ônibus	[ ] Outro	[ ] Airbag
[ ] Ignorado	[ ] Bicicleta		[ ] Micro-ônibus		[ ] Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
[x] Livre	[ ] Apnéia	[ ] Bradicardico [ ] Taquicardico	[ ] Miose
[ ] Obstrução Parcial	[ ] Dispnéia	[ ] Enchimento capilar acima de 2"	[ ] Midríase
[ ] Obstrução Total	[ ] Bradpnéia	[ ] Pulso radial ausente	[ ] Anisocoria [ ] D [ ] E
[ ] Corpo estranho	[ ] Taquipnéia	[ ] Pulso central ausente	[ ] Aparentemente Alcoolizado
[ ] Outro: ______		[ ] Cianose central [ ] Extremidade	[ ] Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

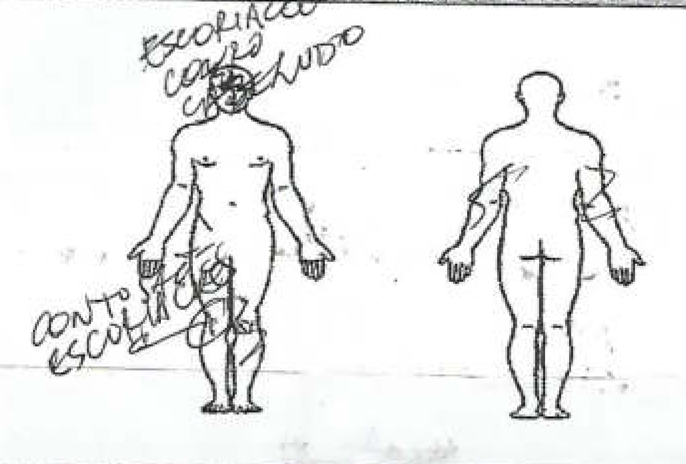
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O_2 %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 14:010	120x80	80	20	100	/	/	/	/
Fim 14:20	120x80	98	20	100	/	/	/	/

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA

1 – Dor (circled)
2 – Hematoma
3 – Contusão (circled)
4 – Escoriação
5 – Laceração
6 – Luxação
7 – Fratura fechada
8 – Fratura exposta
9 – Amputação
10 – Evisceração
11 – Afundamento de crânio
12 – Ferimento penetrante
13 – Tórax instável
14 – Enfisema subcutâneo
15 – Ferida aspirativa
16 – Empalamento
17 – Outros



ABERTURA OCULAR
4 – Espontânea (circled)
3 – Ao comando
2 – À dor
1 – Sem resposta

RESPOSTA VERBAL
5 – Orientado (circled)
4 – Confuso
3 – Palavras inapropriadas
2 – Palavras incompreensíveis
1 – Sem resposta

RESPOSTA MOTORA
6 – Obedece a comandos (circled)
5 – Localiza a dor
4 – Movimento de retirada
3 – Flexão anormal
2 – Extensão anormal
1 – Sem resposta

15

AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA	
[ ] Ritmo Sinusal	[ ] FV	[ ] Neurológica	[ ] Metabólica	[ ] Diabetes	[ ] Alergias
[ ] Taquicardia Sinusal	[ ] TV	[ ] Respiratória	[ ] Infecciosa	[ ] Cardiopatia	[ ] Outros
[ ] Flutter Atrial	[ ] AESP	[ ] Cardiovascular	[ ]	[ ] HAS	
[ ] Fibrilação atrial	[ ] Assistolia	[ ] Digestiva		[ ] Medicação de uso	

GRAVIDADE COMPROVADA: [ ] Ileso [ ] Pequena [ ] Média [ ] Severa [ ] óbito

14 OUT. 2019

Dr. Arnaldo J. H. Pérez CRM 554/RR RQE: 174 Cirurgia Geral

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em 02/08/19

[ ] Cancelamento
[ ] Recusa de Atendimento / [ ] Hospitalização
[ ] Polícia Militar
[ ] Bombeiro

PERTENCE DO PACIENTE	
	Função do R[illegible]
	Assinatura/[illegible]ceptor:

TERMO DE RECUSA	
	Declaro para os devidos fins que estou **recusando** o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ **RG:** _____
	TESTEMUNHA 02: _____ **RG:** _____

GESTANTE		
Idade Gestacional:	[ ] Movimentos fetais presentes	[ ] Partes fetais na vulva
Perda de líquido:	[ ] Contrações entre 3-5 min.	[ ] Com cartão da gestante
BCF:	[ ] Contrações com duração > 30s	[ ] Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
[ ] Aspiração	[ ] Máscara laríngea	[ ] Monitorização cardíaca	[ ] Imobilização de fraturas
[ ] Cânula de Guegel	[ ] Guia de introdução Bougie	[X] Colar cervical	[X] Curativos
[ ] Cateter nasal: ___ L/min	[ ] Cricotireostomia cirúrgica	[ ] Headblock	[ ] Parto vaginal
[ ] Máscara facial: ___ L/min	[X] Oximetria	[X] Prancha longa	[ ] Cesárea de emergência
[ ] Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	[ ] Dreno de tórax	[ ] Tirantes	[X] Imobilização de luxação
[ ] Intubação orotraqueal	[ ] Descompressão torácica	[ ] KED	[ ] Outros: SSVV
[ ] Acesso venoso Gelco nº_____	[ ] Acesso venosso Scalp nº_____	[ ] Acesso intraósseo	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

02 LUVAS M
02 LUVAS VINIL M

02 ATADURA 20 cm.
01 ATADURA 12 cm

14 OUT. 2019

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂSITO, COLISÃO MOTOX CARRO. ENCONTRADO AO SOLO EM VIA PÚBLICA. RELATA QUE O PACIENTE VOOU DA CABEÇA. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM COURO CABELUDO, ESCORIAÇÕES MULTIPLAS EM MMSS/MMII, EDEMA MODERADO EM REGIÃO PATELAR (D). RTW AO MR. DR. CIRO QUE ORIENTOU LEVA-LO AO CET.

PROCEDIMENTO:

1. AVAL. PRIM/SEC.
2. IMOBILIZAÇÃO
3. SSVV
4. RTW
5. AO CET

MR. DR. CIRO

CONFERE COM ORIGINAL
Em 02/08/19
Stephanie
Rubim

José Helinaldo C. Costa
COREN-RR 418.563 - TE

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

1ª Classificação | Reclassificação ___:___ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.: | Reclassificação ___:___ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.: | Reclassificação ___:___ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.:

1901132197 06/07/2019 14:16:39 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 17

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
DERISON DOS ANJOS CABRAL	24/12/1998	20 A 6 M 13 D	702505345983336	89843266234	

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	238002	SSPRR	05/08/2015	M		PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA

Mãe: SUELI COSTA DOS ANJOS
Pai: DEMILDO CABRAL DA SILVA
Contato: (95) 99131-7688
Endereço: RUA - DAS MIL FLORES - 225 - PRICUMA - BOA VISTA - RR
Ocupação:

Class. de Risco:
Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Nº da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA
Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL
Procedimento Sol.:
Registrado por: KAREN.GARCIA

Queixa Principal ( )Síndrome Febril ( )Sintomático Respiratório ( )Suspeita de Dengue

Acidente Automobilístico

Anamnese de Enfermagem

GSC AO: 1 2 3 (4) RV: 1 2 3 4 (5) MRV: 1 2 3 4 5 (6) TOTAL 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 14 : 30 h)

Paciente deu entrada no GT após colisão carro x moto, de baixa energia cinética.

Exame Físico

BEG, LOTE, Eupneico, Corado; Apresenta multiplas escoriações em MMII, e couro cabeludo, MMSS.

Hipótese Diagnóstica

Colisão carro x moto.

14 OUT. 2019

SADT - Exames Complementares

(X) RAIO -X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) Raio X de joelho		
(2) Dipirona 2g (EV)		
(3) Tenoxicam 20mg (EV)		
(4) Cefalotina 1g (EV)		
À Ortopedia		

Dr. Arnaldo J. H. Perez
CRM 1554/RR / RQE: 176
Cirurgia Geral

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 Anatomia Patológica __/__/__ __:__

Assinatura do Paciente ou Responsável **Carimbo e Assinatura do Médico**

Ortopedia: Trauma contuso no joelho (D) + escoriações. Relato acidente de trânsito em motociclista (SIC).
ADM ativa: sem prejuízo dos de flexo-extensão
Rx: sem fratura ou luxação.
CD: Alta com analgesia/orientações

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

Impresso por: karen.garcia
Data Hora: 06/07/2019 14:17:33

1901132197

12

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GOILIO CRUZ

Dérison dos Anjos Cabral

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 238002

DATA DE EXPEDIÇÃO 05/08/2015

NOME
DÉRISON DOS ANJOS CABRAL

FILIAÇÃO
DEMILDO CABRAL DA SILVA
SUELI COSTA DOS ANJOS

NATURALIDADE
CARACARAÍ - RR

DATA DE NASCIMENTO
24/12/1998

DOC ORIGEM
CERTD NASC 23919 FLS 254-F LIV A-40
2 OF BOA VISTA-RR

CPF
898.432.662-34

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor do IIDC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

14 OUT. 2019

14 OUT. 2019

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CPF
383.051.51[illegible]-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.
AB

Nº REGISTRO
01.019.2304

VALIDADE
28/0[illegible]/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

17 SET. 2019

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

JUSCELINO KURITSCHEK PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR/RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096