



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.

Rafael L. Sá
Rec. Enfermagem
CEN-RR 001.058.41

1901177646 24/10/2019 03:36:28 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
ARIVALDO MARQUES DA COSTA	11/02/1978	41 A 8 M 13 D		07
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo
				M
Mãe	Pai	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
MARIA MARLI PEREIRA	NI	PARDA	SAO LUIS - MA	BRASILEIRA
Endereço	Contato	Ocupação		
RUA - S-10 - 343 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR	(95) 99122-0896			

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

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

fin de do mto

Anamnese de Enfermagem

acompanhado ACS e futuro de calceado

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1. Tenoxicam 400 (14)		
2. Difenidramina 25 (14)		
<p>Dr. Marcos Felipe Diniz Médico CRM/RR 1869</p>		
<p>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Nº 11-0520 17 NOV 2019 Cópia e Original que foi apresentado neste Hospital</p>		

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Revelia ☐ Internação

☒ Transferência para: *Até 24h* 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: 24/10/2019 03:37:25	



Ortopedia - Dr. Max

Tumor contuso mm pi (E)

RX miomocisto FX ac Calcaneo (E)

CD: Imobilização Gueda.

Sintomática.

Amuleto HCH.

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2007





ESQUERDO

12065

ARIVALDO MARQUES DA COSTA
0 ano(s) 11-02-1978

24-10-2019 2:46:04

POLICLINICA COSME E SILVA

E



ARIVALDO MARQUES DA COSTA 13330

HOSPITAL CORONEL MOTA

19/11/2019

67.5 %

19/11/2019

59.4 %

Cloudealdo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Arivaldo Marques da Costa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ALCA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 303316-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/07/2003

NOME **ARIVALDO MARQUES DA COSTA**

FILIAÇÃO **GONCALO MARQUES DA COSTA
MARIA MARLI PEREIRA**

NATURALIDADE **SÃO LUÍS - MA** DATA DE NASCIMENTO **11/02/1978**

DOC ORIGEM **CERTD. NASC. 29533 FL 90 173 LIV. A.053
ITAITUBA - PA**

CPF **519.246.842-68** *[Signature]* **P 1**

1ª VIA

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Emissão

CORREIOS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

519.246.842-68

ARIVALDO MARQUES DA COSTA

11/02/1978



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL SC.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

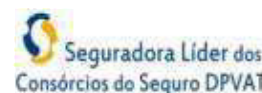
CCC ORIGEM CC13766 F.260 L.B-12 BOA-VISTA-RR.

CPF 194316382 - 15

Raimundo Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0098395/20

Vítima: ARIVALDO MARQUES DA COSTA

CPF: 519.246.842-68

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/10/2019

Titular do CPF: ARIVALDO MARQUES DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ARIVALDO MARQUES DA COSTA : 519.246.842-68

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: 19/03/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ARIVALDO MARQUES DA COSTA

Identidade: 303316-3 SSP/RR **CPF:** 519.246.842-68

Naturalidade: SÃO LUIZ/MA **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO **Profissão:** LUBRIFICADOR

Endereço: RUA ANTONIA FERREIRA DA SILVA, 343 – SENADOR HÉLIO CAMPOS

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 29 de outubro de 2019.



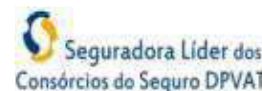
ARIVALDO MARQUES DA COSTA

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



Andre Sabino
Escrevente Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0098395/20

Vítima: ARIVALDO MARQUES DA COSTA

CPF: 519.246.842-68

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/10/2019

Titular do CPF: ARIVALDO MARQUES DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ARIVALDO MARQUES DA COSTA : 519.246.842-68

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: 19/03/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200124419

Vítima: ARIVALDO MARQUES DA COSTA

Data do Acidente: 24/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARIVALDO MARQUES DA COSTA

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, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200124419

Vítima: ARIVALDO MARQUES DA COSTA

Data do Acidente: 24/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ARIVALDO MARQUES DA COSTA

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 51924684268 4 - Nome completo da vítima: ARIVALDO MARQUES DA COSTA

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

5 - Nome completo: ARIVALDO MARQUES DA COSTA 6 - CPF: 51924684268

7 - Profissão: LABRIFICADOR 8 - Endereço: R. ANTONIA FERREIRA DA SILVA 9 - Número: 343 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: SEN. A. CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316558

15 - E-mail: LUANNA.SOUZ22A71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00070857 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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.

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 18/03/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) ARIVALDO MARQUES DA COSTA

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Luanna

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001375/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/01/2020 08:17 Data/Hora Fim: 10/01/2020 08:48
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 24/10/2019 02:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Senador Hélio Campos
Logradouro: Avenida Raimundo Rodrigues Coelho

Nº: via

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ARIVALDO MARQUES DA COSTA (COMUNICANTE)

Idade: 41 anos

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Naturalidade: MA - São Luís

Profissão: Lubrificador

Nome da Mãe: Maria Marli Pereira

Nome do Pai: Gonçalo Marques da Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 519.248.842-68
RG - Carteira de Identidade: 3033163

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R Antônio F da Silva
Bairro: Senador Hélio Campos
Telefone: (95) 98102-8297 (Celular)

Nº: 343

CEP: 69.316-558

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 519.246.842-68

Renavam 00778650192

Ano/Modelo Fabricação 2003/2002

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA TITAN125 ES

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAL 0773

Número do Chassi 9C2 JC30202E121354

Cor VERDE

Município Veículo Boa Vista

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Arivaldo Marques da Costa

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho
Impresso por: José Maria de Souza Moura
Data de Impressão: 10/01/2020 08:48
Protocolo nº: Não disponível






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

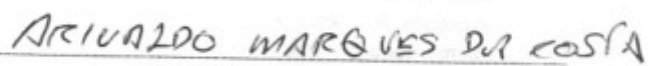
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001375/2020

Senhor delegado, compareceu à esta delegacia o senhor acima qualificado, para comunicar que na data, horário e local acima citados, ele conduzia sua motocicleta supracitada, quando foi surpreendido com um cachorro que atravessou na frente provocando a queda do mesmo; que devido a queda teve o tornozelo quebrado; a vítima foi conduzida ao hospital por populares que a socorreram. Este é o relato.

ASSINATURAS


José Maria de Souza Moura
Agente Carcerário
Matrícula 42000193
Responsável pelo Atendimento


Arivaldo Marques da Costa
(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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro do AS: 3 - CPF da vítima: 51924684268 4 - Nome completo da vítima: ARIVALDO MARQUES DA COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: ARIVALDO MARQUES DA COSTA 6 - CPF: 51924684268
7 - Profissão: NUTRICIONADOR 8 - Endereço: R. ANTONIA FERREIRA DA SILVA 9 - Número: 343
10 - Bairro: SEN. H. CAMPOS 11 - Cidade: BOA VISTA 12 - Estado: RR 13 - CEP: 69316558
14 - E-mail: LUANNA.SOUZ2A71@HOTMAIL.COM 15 - Id. do titular: 95901168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins do direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$ 1,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 7.500,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ CURADOR/TUTOR

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00070857 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar no conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/compensação do Seguro DPVAT e que eu deixo, a partir desse momento, desde já e somente após a efetivação do crédito, a totalidade 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 não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o encaminhamento da análise ao meu perfil de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, conforme dispõe, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso não haja, às custas da Seguradora LIDER, 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (trouxa) ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Novo 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar nomes e datas de nascimento: 30 - Vítima deixou companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha filhos, informar nomes e datas de nascimento: 33 - Vítima deixou companheiro(a) ☐ 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 provarão 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 - Imprensa digital da vítima cu beneficiário me está ajudando 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a pedido) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a pedido) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a pedido) 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha 40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS

osasco têm a
to com plást
a calor, unid

Av. Capitão Ené 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 autorizado pela SEFAZ 368/13

COLONIA LT
CNPJ 19.572

U CÓDIGO

77573-8

Nº da Nota Fiscal

000834014

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	01/11/2019	339	240,92

MARIA MARLI PEREIRA

P. ANTONIA 5572219 DA SILVA 343 SENADOR HELIO CAMPOS

CPF: 00019446497272

CEP: 65.316-550 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 28829	Atual: 15/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 27690	Anterior: 12/09/2019	Classe/Subclasse: RESID. Bx. RENDA
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 15/11/2019	Ligação: MONO
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 14/10/2019	Número Medidor: 2105060
Consumo medido: 339	Apresentação: 16/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 339		Modalidade: CONVENCIONAL

CONSUMO	DESCRICAÇÃO DA CONTA
30 A R\$ 0,262144 = 7,86	
70 A R\$ 0,449385 = 31,45	
120 A R\$ 0,674084 = 80,89	
119 A R\$ 0,748975 = 89,12	
49,88	
	31,60

SUBVENCAO BAIXA RENDA
ILUMINACAO PUBLICA

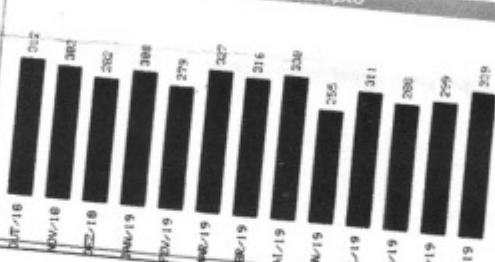
OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30 - 0,217500
31 A 100 - 0,372990
101 A 220 - 0,559490
221 A 339 - 0,621650

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS ***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Mes/Ano Valor R\$ Informamos existir(em) débito(s) vencido(s) no
11/2014 36,23 valor de R\$ XXXXXXX36,23 (sem acréscimos legais)
ate esta data. Caso o(s) débito(s) ja tenha(m)
sido pago(s), procurar uma loja de atendimento
da Roraima Energia com o(s) comprovante(s) de
pagamento.
PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	Encargos:
Distribuição: 114,84	Tributos: 5,92
Transmissão: 53,78	
	35,58

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
209,32	ICMS:	
	PIS: 17,00%	35,58
	COFINS: 0,00030%	0,60
	0,00000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Limite	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Realizado	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Conjunto	8,58							

Período de apuração:

EPSPB



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: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	PERÍODO DE CONSUMO 22-JUN-19 a 23-JUL-19
CONSUMO (kWh) 498	VENCIMENTO 10-AUG-19	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84

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 539180	MÊS 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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 **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº **294.316.382-15**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **ARIVALDO MARQUES DA COSTA** inscrito(a) no CPF sob o nº **519.246.842-68** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **ARIVALDO MARQUES DA COSTA** inscrito (a) no CPF sob nº **519.246.842-68**, 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 SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 18/03/20.
Local e Data


Assinatura do Declarante