

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1<sup>ª</sup> Classificação  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarilo  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarilo  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarilo  
Verde  
Azul Ass.

Próprio L. Sa.  
Rec. Enfermagem  
C-G  
EN-RR 00105841

1901177646 24/10/2019 03:36:28

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19

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

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão  
OUTROS URGÊNCIA  
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:  
GRANDE TRAUMA AMBULANCIA (HOSPITAL SOUSA)

Queixa Principal  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

*afebre de 20 dias*

## Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MIRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_ h)

*encontrado ACS e febre*  
*de caloreto.*

## Exame Físico

## Hipótese Diagnóstica

## SADT - Exames Complementares

RAIOS-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1- Tiroxina 50 (1)		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Horizonte - 69301-0620 FAX: 69 3220-0000 17 NOV 2019
2- Opinião de (1) Dr. Marcos Felipe Diniz Médico CRM/RR 1869		Carimbo de identificação cópia é de responsabilidade original que foi apresentado neste Hospital

## Conduta

Alta por Decisão Médica  
 Alta a Pedido  
 Alta a Revelia  
 Transferência para: *Q-epid*

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

## Óbito

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

## Assinatura do Paciente ou Responsável

## Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **sousa**  
Data Hora: 24/10/2019 03:37:25



1901177646

Таким образом, мы при

Rx mediciones FK en Colima E

CD: I mabili zoco Guoda

5. *Suntarwadi*

Administrator MCM.

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





ARIVALDO MARQUES DA COSTA

0 ano(s) 11-02-1978

12005

24-10-2019 2:46:04

POLICLINICA COSME E SILVA



ARIVALDO MARQUES DA COSTA  
13330

HOSPITAL CORONEL MOTA

13/11/2019  
67.5%

13/11/2019

59.4%

Cloudoaldo



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



Arivaldo Marques da Costa  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO  
SERIAL 303316-3

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

04/07/2003

ARIVALDO MARQUES DA COSTA



FILIAÇÃO

GONCALO MARQUES DA COSTA  
MARIA MARLI PEREIRA

NATURALIDADE

SÃO LUIS - MA

DATA DE NASCIMENTO

11/02/1978

DOC. ORIGEM

CERTD. NASC. 29533 F. 173 LIV. A.053  
ITAITUBA - PA  
CPF 519.246.842-68  
1a VIA

*Arivaldo Marques da Costa*  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

P.1

Emissão



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF

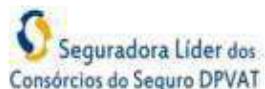
519.246.842-68

ARIVALDO MARQUES DA COSTA

11/02/1978



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0098395/20

**Vítima:** ARIVALDO MARQUES DA COSTA

**CPF:** 519.246.842-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/10/2019

**Titular do CPF:** ARIVALDO MARQUES DA COSTA

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## 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](http://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 - CARANÁ**

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.

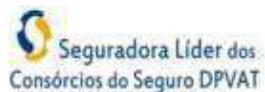
Boa Vista-RR, 29 de outubro de 2019.

*ARIVALDO MARQUES DA COSTA*  
Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



*André G. 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/10/2019

**Titular do CPF:** ARIVALDO MARQUES DA COSTA

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## 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](http://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

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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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: MURICICADOR 8 - Endereço: R: ANTONIA FERREIRA DA SILVA 343  
 11 - Bairro: SEN. H. CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316558  
 15 - E-mail: LUANNA.SOUZA71@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\$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: 3027

CONTA: 000708574

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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)

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 18/10/2020.  
 ARIVALDO MARQUES DA COSTA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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

582850

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

Meio(s) Empregado(s)

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ARIVALDO MARQUES DA COSTA (COMUNICANTE)

Idade: 41 anos

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Naturalidade: MA - São Luís

Profissão: Lubrificador

Nome do Pai: Gonçalo Marques da Costa

Nome da Mãe: Maria Marli Pereira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 519.248.842-68

RG - Carteira de Identidade: 3033163

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 343

Logradouro: R Antônia F da Silva

CEP: 69.316-558

Bairro: Senador Hélio Campos

Telefone: (95) 98102-8297 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 519.246.842-68

Placa NAL 0773

Renavam 00778650192

Número do Chassi 9C2 JC30202E121354

Ano/Modelo Fabricação 2003/2002

Cor VERDE

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA TITAN125 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Arivaldo Marques da Costa

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

Página 1 de 2

Impresso por: José Maria de Souza Moura

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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

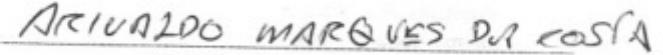
Nº: 001375/2020

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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AGL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

51924684268 ARIVALDO MARQUES DA COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E BAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Endereço: 8 - Endereço: 9 - Endereço: 10 - Endereço:

NUCLEAR DO BRASIL S.A. R. ANTONIA FERREIRA DA SILVA, 343  
SEN. H. CAMPOS 12 - Bairro: BOA VISTA 13 - Cidade: RR 14 - UF:

15 - Email: 16 - Tel. (DDD): 17 - Nome completo do Representante Legal:

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

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Telefone do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

R\$1.000,00 a R\$1.500,00  
 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  CURADOR/TUTOR

CONTA POUPANÇA (número para os bancos abaixo, assimilação de contas)

Bradesco (227)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00070857 (4) AGÊNCIA: CONTA: (4)

(Informar agência) (Informar agência) (Informar agência) (Informar agência)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no conta bancária informada, de minha titularidade, a vulto de indenização/valor do seguro DPVAT e que eu tiver direito, recibo, aceito e dando, desde já e semelhante aviso a efetivação do crédito, que seja total o valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que é impossível de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.471/96), 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 a realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o arquivamento da análise do IML, assim de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação de sede do IML, com comprovante de que já em me submeteu à análise médica presencial, caso não possa o laudo automotor, conforme o disposto na Lei nº 194/74.

Dedico que esta autorização não significa prévia concordância com a forma a avaliação médica ou conciliação no direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚXOS E BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SUMMÉRIO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ

23 - Estado Social da vítima:  Solteiro  Casado (noivado)  Separado/Judicialmente  Viúvo. 24 - Data da Falecimento: 25 - Óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companioneiro(s):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companioneiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar se teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima:  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha filhos, informar se teve filhos?  Sim  Não 33 - Vítima:  Sim  Não 34 - Vítima:  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder, pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte de aquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem, este seu falecimento, estando cliente, alíado, ou não, ou qualquer ameaça ou recusar-se a receber o valor necessário, além da responsabilidade criminal por infração da Lei nº 299 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiária (pedeclarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

<p>Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44   Ins. Estadual: 24.007.022-3 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1 Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 366/13</p>		<p>COLUNA 12 CNPJ 19.572 U. CÓDIGO 77573-8</p>																														
<p>CONTAS MÊS <b>OUTUBRO/2019</b></p> <p>MARIA MARLI PEREIRA</p> <p>DADOS DA LEITURA (kWh)</p> <table border="1"> <tr> <td>Atual:</td> <td>Anterior:</td> <td>29829</td> </tr> <tr> <td>Dias de consumo:</td> <td></td> <td>27650</td> </tr> <tr> <td>Constante de Multiplicação:</td> <td></td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>Consumo medido:</td> <td></td> <td>1.088</td> </tr> <tr> <td>Consumo Faturado:</td> <td></td> <td>339</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>339</td> </tr> </table>		Atual:	Anterior:	29829	Dias de consumo:		27650	Constante de Multiplicação:		33	Consumo medido:		1.088	Consumo Faturado:		339			339	<p>Nº da Nota Fiscal 000834014</p> <p>A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.428 de 26 de abril de 2002.</p> <p>VENCIMENTO <b>01/11/2019</b></p> <p>CONSUMO (kWh) <b>339</b></p> <p>TOTAL A PAGAR (R\$) <b>240,92</b></p> <p>CPF: 00019446497272 CEP: 66.316-550 - BOA VISTA</p> <p>DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA</p> <table border="1"> <tr> <td>Grupo/Subgrupo:</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>Classe/Subclasse:</td> <td>RESID.BX.RENDA</td> </tr> <tr> <td>Ligações:</td> <td>MÚLTI</td> </tr> <tr> <td>Número Medidor:</td> <td>2106268</td> </tr> <tr> <td>Forma de Faturamento:</td> <td>NORMAL</td> </tr> <tr> <td>Modalidade:</td> <td>CONVENTIONAL</td> </tr> </table>	Grupo/Subgrupo:	B	Classe/Subclasse:	RESID.BX.RENDA	Ligações:	MÚLTI	Número Medidor:	2106268	Forma de Faturamento:	NORMAL	Modalidade:	CONVENTIONAL
Atual:	Anterior:	29829																														
Dias de consumo:		27650																														
Constante de Multiplicação:		33																														
Consumo medido:		1.088																														
Consumo Faturado:		339																														
		339																														
Grupo/Subgrupo:	B																															
Classe/Subclasse:	RESID.BX.RENDA																															
Ligações:	MÚLTI																															
Número Medidor:	2106268																															
Forma de Faturamento:	NORMAL																															
Modalidade:	CONVENTIONAL																															
<p>CONSUMO</p> <table border="1"> <tr> <td>30 A R\$ 0,262144 = 7,86</td> </tr> <tr> <td>70 A R\$ 0,449385 = 31,45</td> </tr> <tr> <td>120 A R\$ 0,674084 = 80,89</td> </tr> <tr> <td>119 A R\$ 0,748975 = 89,12</td> </tr> <tr> <td>49,88</td> </tr> <tr> <td><b>31,60</b></td> </tr> </table> <p>SUBVENÇÃO BAIXA RENDA - ILUMINAÇÃO PÚBLICA</p>			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	<b>31,60</b>																								
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																																
<b>31,60</b>																																

<p>OUTRAS INFORMAÇÕES</p> <p>TARIFA SEM TRIBUTOS:</p> <table border="1"> <tr> <td>0 A 30 - 0,217500</td> </tr> <tr> <td>31 A 100 - 0,372990</td> </tr> <tr> <td>101 A 220 - 0,559490</td> </tr> <tr> <td>221 A 339 - 0,621650</td> </tr> </table> <p>Média 12 meses:</p>		0 A 30 - 0,217500	31 A 100 - 0,372990	101 A 220 - 0,559490	221 A 339 - 0,621650	<p>HISTÓRICO DE MEDIDAS</p>
0 A 30 - 0,217500						
31 A 100 - 0,372990						
101 A 220 - 0,559490						
221 A 339 - 0,621650						
<p>DEBITOS JA REAVISADOS ----- AVISO DE DEBITOS VENCIDOS -----</p> <p>Mes/Año Valor R\$ Informamos existir(em) débito(s) vencido(s) no 11/2014 36,23 valor de R\$ 36,23 (sem acréscimos Ie(s)) 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.</p> <p>MENSAGENS IMPORTANTES</p> <p>REAVISO DE VENCIMENTO</p> <p>PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16 11 16 21 26</p>						

<p>RESERVADO AO FISCO</p> <p>COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$</p> <table border="1"> <tr> <td>Energia: 114,04</td> <td>Encargos: 5,92</td> </tr> <tr> <td>Distribuição: 53,78</td> <td>Tributos: 35,58</td> </tr> <tr> <td>Transmissão: 0,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>209,32</b></td> <td></td> </tr> </table>		Energia: 114,04	Encargos: 5,92	Distribuição: 53,78	Tributos: 35,58	Transmissão: 0,00		<b>209,32</b>		<p>IMPОСTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$</p> <table border="1"> <tr> <td>Base de Cálculo: 209,32</td> <td>ALIQUOTA</td> <td>VALOR</td> </tr> <tr> <td>ICMS: 17,00%</td> <td></td> <td>35,58</td> </tr> <tr> <td>PIS: 0,0000%</td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>COFINS: 0,0000%</td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><b>35,58</b></td> </tr> </table>	Base de Cálculo: 209,32	ALIQUOTA	VALOR	ICMS: 17,00%		35,58	PIS: 0,0000%		0,00	COFINS: 0,0000%		0,00			<b>35,58</b>										
Energia: 114,04	Encargos: 5,92																																		
Distribuição: 53,78	Tributos: 35,58																																		
Transmissão: 0,00																																			
<b>209,32</b>																																			
Base de Cálculo: 209,32	ALIQUOTA	VALOR																																	
ICMS: 17,00%		35,58																																	
PIS: 0,0000%		0,00																																	
COFINS: 0,0000%		0,00																																	
		<b>35,58</b>																																	
<p>INDICADORES DE CONTINUIDADE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Límite</th> <th colspan="3">DIC</th> <th colspan="3">FIC</th> <th rowspan="2">DMIC</th> <th rowspan="2">DNCR</th> </tr> <tr> <th>Mensal</th> <th>Trimestral</th> <th>Anual</th> <th>Mensal</th> <th>Trimestral</th> <th>Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Realizado</td> <td>8,85</td> <td>17,70</td> <td>35,40</td> <td>8,46</td> <td>16,92</td> <td>33,84</td> <td>4,82</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conjunto</td> <td><b>8,59</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Período de apuração: 07/10</p>			Límite	DIC			FIC			DMIC	DNCR	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Realizado	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82		Conjunto	<b>8,59</b>							
Límite	DIC			FIC			DMIC	DNCR																											
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual																													
Realizado	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82																												
Conjunto	<b>8,59</b>																																		



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA  
VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

http://www.roraimaenergia.com.br/segundavia/fatura.

## RORAIMA ENERGIA

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

### 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



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



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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		Número	Complemento
RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		359	
CARANÁ	BOA VISTA	RR	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