

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.670/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 388/19

Nº da Nota Fiscal: 4264638

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002. FCAM*

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| DEZEMBRO/2019 | 16/01/2020 | 204 | 186,59 |

ELIZABETE DA SILVA OLIVEIRA
R. MANOEL BONFIM DA SILVA 571 - DR. SILVIO BOTELHO
CPF: 00009984836215
CEP: 69.314-456 - BOA VISTA

| DADOS DA LEITURA (KWH) | DATAS DA LEITURA | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |
|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Atual: 9381 | Atual: 18-12-2019 | Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2 |
| Anterior: 9177 | Anterior: 18-11-2019 | Classe/Subclasse: RESIDENCIAL |
| Dias de consumo: 29 | Próxima leitura: 9-01-2020 | Ligação: BIFÁSICA |
| Constante de Multiplicação: 1,000 | Emissão: 15-12-2019 | Número Medidor: 167091269 |
| Consumo medido: 204 | Apresentação: 18-12-2019 | Forma de Faturamento: NORMAL |
| Consumo Faturado: 204 | | Modalidade: H 1418366 |

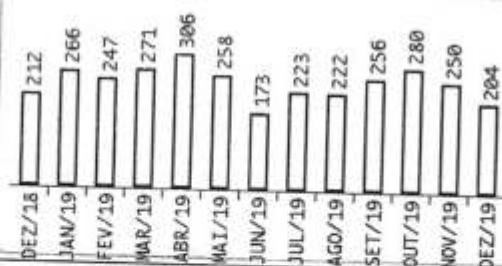
| DESCRIÇÃO DA CONTA | | |
|----------------------------|----------------------|-----------------|
| CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA | 204 A R\$ 0,76@131 = | 155,06 31,53 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 204 - 0,617778

Média 12 meses: 347

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 18/12/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | VALORES CONTRIBUIÇÕES - R\$ | |
|---------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|
| Energia: | Encargos: | Base de Cálculo: | ALÍQUOTA VALOR |
| Iluminação: 84,31 | Tributos: 4,77 | ICMS: | 17,00% 26,36 |
| Transmissão: 26,94 | 29,94 | PIS: | 0,30% 0,47 |
| | | COFINS: | 0,30% 0,47 |
| | | | 1,42% 2,91 |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------|------------|-------|------------------------------|------------|-------|-------------|--------|
| | DIC | | | FIC | | | DMIC | DICRI |
| | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Mensal |
| Unidade | 8,85 | 17,70 | 35,40 | 8,46 | 16,92 | 33,84 | 4,82 | |
| Realizado | 0,17 | | | 2,00 | | | 0,09 | |
| Conjunte | DISTRITO | | | Período de apuração: 10/2019 | | | EURO: 91,86 | |

ROT: 8.001.16.16.083400



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.670/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0035197-0

TOTAL A PAGAR - R\$

186,59

MÊS FATURADO

12/2019

VENCIMENTO

16/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 4264638

FCAM*

83640000001 1 86590075000 7 00000000035 6 19701219008 2



SEQ.: 0052 UC: 0035197-0 DT.LEIT.: 18/12/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 9381 NORMAL TOTAL: 186,59 CARGA: 019
DT.VENC.: 16/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4291

**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 | MÊS | PERÍODO DE CONSUMO |
| 539180 | 07/2019 | 22-JUN-19 a 23-JUL-19 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| 498 | 10-AUG-19 | 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 | MÊS | TOTAL A PAGAR |
| 539180 | 07/2019 | 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 **JOSE BARROS FILHO** inscrito(a) no CPF sob o nº **054.289.472-68** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **JOSE BARROS FILHO** inscrito (a) no CPF sob nº **054.289.472-68**, 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 Lider-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 CARANÁ | 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, 06/01/20
Local e Data


Assinatura do Declarante

Felipe Garcia

Exiente operando faturar de
(~~felipe~~ ~~marlof~~) digo T. G. e
em papel metáfora em
43 A 1

Por motivo de ser me
importante opta-se por
colocação de transeu.

Retorno
Recursos
estados
Jus h. l. 7. 5


Roberto Caraballo Echeverri Junior
Médico CRM 1908



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

Jose Barros Filho
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **42329** DATA DE EXPEDICAO **07/06/2019**

NOME
JOSE BARROS FILHO

FILIAÇÃO
JOSE HIPOLITO BARROS
ANTONIA MARIA ARAUJO

NATURALIDADE
POÇÃO DE PEDRAS - MA

DATA DE NASCIMENTO
25/12/1953

DOE ORDEM
CERTD NASC 53274 FLS 182 LIV 109
PEDREIRAS-MA

CPF
054.289.472-68

3ª VÍA

AMADEU ROCHA TRIANI
Ponto de Processamento de Dados Cível
Diretor de DDC

P7

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Luana Amorim
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.232 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

DOC ORIGEM CC-3766 F.260 L.E-12 BOA VISTA-RR.

CPE 234319382 - 13

Ramiro Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N-7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007642 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BARROS FILHO **Data do acidente:** 19/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P2)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, EM SINISTROS ANTERIORES (2013127863 E 2014096279) OCORRIDO EM 26/11/2011(25%) E EM 22/10/2013 (25%). SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau médio - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007642 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BARROS FILHO **Data do acidente:** 19/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P2)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, EM SINISTROS ANTERIORES (2013127863 E 2014096279) OCORRIDO EM 26/11/2011(25%) E EM 22/10/2013 (25%). SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau médio - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSÉ BARROS FINHO
Identidade: 42329 SSP/ RR
Nacionalidade: BRASILEIRO
Profissão: PEDREIRO
Endereço: R. MANOEL BONFIM DA SILVA, 571 - S. BOTELHO

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
Identidade : 80.232 SSP/RR
Nacionalidade: BRASILEIRA
Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA
Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 – CARANÃ / CEP: 69.313-572

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 as SEGURADORAS que constituem O CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Boa Vista-RR, 02 de JANEIRO de 2020

CARTÓRIO LOUREIRO

Jose Barros Filho

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO LOUREIRO
40 VILLE BOY Nº 5036 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL (95) 3024-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

DIL JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR

PRETO VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[assinatura] - JOSÉ BARROS FINHO

A) Em testemunho da verdade Boa Vista 03/01/2020
Emol 2 45 FUNDEJURR: 0.25 FISC: 0.10 FECON: 0.10 ISS: 0.10 Vlr Selo: 5
Selo: RECFR158345FZJKL22CHQ8G1064 Nº Ticket: 00022
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 05428947268

Marjory C.C. Esbell Braglia
Escritor Autorizada
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006913/20

Vítima: JOSE BARROS FILHO

CPF: 054.289.472-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 19/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE BARROS FILHO

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

JOSE BARROS FILHO : 054.289.472-68

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: 07/01/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007642

Vítima: JOSE BARROS FILHO

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BARROS FILHO

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, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007642

Vítima: JOSE BARROS FILHO

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE BARROS FILHO

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

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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: 05428947268 4 - Nome completo da vítima: JOSE BARROS FINHO

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

5 - Nome completo: JOSE BARROS FINHO 6 - CPF: 05428947268

7 - Profissão: PEDEIRO 8 - Endereço: R. MANOEL BONFIM DA SILVA 9 - Número: 571 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: SILVIO BOTENHO 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69314456

15 - E-mail: LUANNA.SOU22A71@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: 0653 CONTA: 00027837
(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) ☐ Divorçado ☐ 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, 06/01/20.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PROTEÇÃO AO MEIO AMBIENTE - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 046329/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/12/2019 08:21 Data/Hora Fim: 26/12/2019 08:54
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 19/08/2019 11:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Avenida São Sebastião

Bairro: Asa Branca
Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|----------------------------|----------------------|
| 20005: ACIDENTE COM LESÕES | Veículo |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ BARROS FILHO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Poção de Pedras Sexo: Masculino Nasc: 25/12/1953
Profissão: Pedreiro
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Antonia Maria de Araújo Nome do Pai: José Hipólito de Barros

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 054.289.472-68
RG - Carteira de Identidade: 42329

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R Manoel B da Silva Nº: 571
Bairro: Doutor Silvio Botelho CEP: 69.314-456
Telefone: (95) 99903-6328 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|---|------------------------------------|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário 054.289.472-68 | Placa NAH 8931 |
| Renavam 00798750669 | Número do Chassi 92JC30203R124689 |
| Cor AZUL | Marca/Modelo HONDA CG 125 TITAN ES |
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade 1 Unidade |
| Situação Envolvido, Meio Empregado | |

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|-------------------|---------------|
| José Barros Filho | Proprietário |

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado, o comunicante/vítima, já qualificado, nos informou que na data e local acima informados, enquanto



Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 26/12/2019 08:58
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos




GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PROTEÇÃO AO MEIO AMBIENTE - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 046329/2019

trafegava na rua, o freio de seu veículo travou e ele veio a cair fraturando sua perna esquerda acima do tornozelo; que no momento não chamou o SAMU, apenas entrou em contato com motorista de aplicativo para leva-lo até o HGR(Hospital Geral de Roraima). Este é o breve relato dos fatos.

ASSINATURAS


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


José Barros Filho
(Comunicante / Vítima)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVIS (DESPESAS E ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº da sinistral ou ASI: 05428947268 3 - CPF do segurado: 05428947268 4 - Nome completo da vítima: JOSE BARROS FINHO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA ÚLTIMA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2013

5 - Nome completo: JOSE BARROS FINHO 6 - CPF: 05428947268

7 - Profissão: PEDEIRO 8 - Endereço: R. MANOEL BONFIM DA SILVA 571 9 - Número: 571 11 - Complemento:

12 - Bairro: SILVIO BOTEHO 13 - Cidade: BOA VISTA 14 - Estado: RR 15 - CEP: 69394456

16 - E-mail: LUANNA.SOUZAF71@HOTMAIL.COM 17 - Telefone: 95991168367

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

18 - Nome completo do Representante Legal: _____

19 - CPF do Representante Legal: _____ 20 - Profissão do Representante Legal: _____

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

21 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

22 - TIPO DE CONTA BANCÁRIA: ☒ CONTA CORRENTE (todas as contas) ☐ CONTA POLPANÇA (somente para depósito de poupança)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (504) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (504)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00027837 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Informe o dígito verificador: (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que tiver direito, não cobrando e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, a liberação 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 6.197/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região de residência ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região de residência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região de residência ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento na 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, considerando, desde já, que me submeterei 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 (caso por veículo automotor, conforme a 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 da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Vítima deixou esposa? ☐ Sim ☐ Não 24 - Vítima deixou filhos menores? ☐ Sim ☐ Não 25 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não 26 - Vítima deixou irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima deixou filhos maiores? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou irmãos maiores? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima deixou pais falecidos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais maiores? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso houver, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias/os que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que o(a) beneficiário(a) não poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, alegando a responsabilidade civil na participação ou art. 239 do Código Civil.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (se legível): _____ 35 - CPF legível de quem assina o pedido (se legível): _____ 36 - Assinatura de quem assina o pedido (se legível): _____

37 - Nome legível de quem assina o pedido (se legível): _____ 38 - CPF legível de quem assina o pedido (se legível): _____ 39 - Assinatura de quem assina o pedido (se legível): _____

40 - Local e Data: BOA VISTA, 06/04/20 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (doctante): Jose Barros Finho 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura da Seguradora (se houver): _____

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALPAREZIZADO

TESTEMUNHAS