

CONTA MÊS
DEZEMBRO/2019
VENCIMENTO
16/01/2020
CONSUMO (kWh)
204
TOTAL A PAGAR (R\$)
186,59
ELIZABETE DA SILVA OLIVEIRA
R. MANOEL BONFIM DA SILVA 571 - DR. SILVIO BOTELHO
CEP: 69.314-456 - BOA VISTA
CPF: 00009984836215

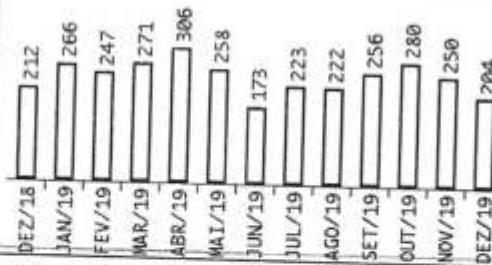
DADOS DA LEITURA (kWh)	
Atual:	9381
Anterior:	9177
Dias de consumo:	29
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo medido:	204
Consumo Faturado:	204

DATAS DA LEITURA	
Atual:	18/12/2019
Anterior:	19/11/2019
Próxima Leitura:	9/01/2020
Emissão:	16/12/2019
Apresentação:	18/12/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	BIFÁTICA
Número Medidor:	1670891269
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	H 1418366

DESCRIÇÃO DA CONTA
CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA 204 A R\$ 0,760131 = **155,06**
31,53
OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 204 - 0,617778

Média 12 meses: 249

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO

LIGUE 0035197-0000 VENCIMENTO | 16.12.2019
Parabéns! Até o dia 18/12/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

**MENSAGENS
IMPORTANTES**
**REAVISO DE
VENCIMENTO**
RESERVADO AO FISCO
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	Encargos:
84,31	Tributos: 4,77
Transmissão: 36,94	29,34
121,25	

IMPOSTOS/CONTROLE JUELES - R\$

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:		
PIS:	17,00%	26,36
COFINS:	8,00%	9,47

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mês	Trimestral	Anual	FIM			DMIC	DICRI
			Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
Realizado	0,17			2,00		0,09	
Conjunto	DISTRITO			Período da apuração: 10/2019		EUSD: 91,86	

ROT: 8.001.16.16.083400
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.souzza71@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367	

Boa Vista-RR, 06/01/20

Local e Data

Assinatura do Declarante



1901150614 19/08/2019 12:48:10

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 10

Paciente JOSÉ BARROS FILHO	Data Nascimento 25/12/1953	Idade 65 A 7 M 25 D	CNS 704505391931714	CPF 05428947263	Prontuário 00067233
Documento IDENTIDADE 42329	Órgão Emissor SSP RR	Data Emissão 17/06/2015	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(A)PARD	Naturalidade POCAO DE PEDRAS - BRASILEIRA
Mãe ANTONIA MARIA DE ARAUJO				Paiz JOSE HIPOLITO BARROS	Contato (95) 99903-6328
Endereço RUA - MANOEL BONFIM DA SILVA - 571 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR					Ocupação PENSIONISTA
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Plano Convênio URGÊNCIA	Nº da Carteira DEMANDA ESPONTANEA	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend. Procedência	Temp.	Per.	Pro.
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.			Registrado por EDVAN NASCIMENTO
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

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

TRAUMA CONVUSO 0m 00s.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS

PREScrição

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brg. Eduardo Gomes, 3308 Novo Horizonte - Boa Vista - RR - 69200-000 AUTENTICAÇÃO 07/2019	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Certifico que Dau Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi assinada no local consta Hospital		

Conduta

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

- 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

Dr. Fernando André Martins Ferreira
Cirurgião Oncológico do
Cabeça e Pescoço
CRM-RR: 15423



Pedro Gómez

Paciente operado de fractura de
(~~hueso~~ ~~metatarsiano~~) dia 7/4/04
en la que se realizó
fusión.

Por motivo de edema
del paciente optó a la
colocación de tracción.

Pedro
Gómez
electro
estimulador
Jesús L. Gómez


Pedro Gómez Echeverría Junior
Médico CRM 1908







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 FILHO
Identidade: 42329 SSP/ RR
Nacionalidade: BRASILEIRO
Profissão: PEDREIRO
Endereço: R. MANOEL BONFIM DA SILVA, 571 - S. BOTENHO

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 – CARANÁ / 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

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006913/20

Vítima: JOSE BARROS FILHO

CPF: 054.289.472-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2019

Titular do CPF: JOSE BARROS FILHO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA 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

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

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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:

4 - Nome completo da vítima:

05428947268

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:

PEDREIRO

8 - Endereço:

R. MANOEL BONFIM DA SILVA

9 - Número:

571

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SILVIO BOTENHO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

ROR

14 - CEP:

69314456

15 - E-mail:

luanna.souza71@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

65 991168367

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).

DADOS CADASTRAIS

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 (Soriente 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: 0653

CONTA: 000278370

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainascer): 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)

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 06/10/20

Jose Barros Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO



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

570838

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		

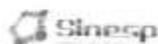
Nome Envolvido	Envolvimentos
José Barros Filho	Proprietário

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 delongam, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

