

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190417314 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
RBEIRO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, MEMBROS SEM ALTERAÇÃO ANATÔMICA, SEM ALTERAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES E SEM COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA NOS DOIS ANTEBRAÇOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 22/08/2019

Conduta mantida:

Observações: NÃO HÁ SEQUELA A SE INDENIZAR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190417314 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
RBEIRO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITA.
FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.2,7(BAM) P.9-15(IMAGEM)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capito João Bazzari, 434 - Boa Vista - RR

OUTORGANTE:

NOME: Francidalla Ribeiro dos Santos
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Autônoma RG: 273835 CPF: 83316365200
ENDEREÇO: Av. Nelson de Aguiar 290 Boa Vista, Boa Vista - RR

VÍTIMA: Rick Richard Kelly Freitas Ribeiro
CPF: 027.546.952-83 DATA DO ACIDENTE: 16/10/2018
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista RR 27 de maio de 20 2019

Francidalla Ribeiro dos Santos
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230240/19

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

CPF: 811.163.652-00

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 16/10/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS : 811.163.652-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO : 811.163.652-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/07/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

DENILZE CORREA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230240/19

Número do Sinistro: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

CPF: 811.163.652-00

CPF de: Representante

Data do acidente: 16/10/2018

Titular do CPF: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS : 811.163.652-00

Autorização de pagamento

Tutela

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/08/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

DENILZE CORREA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/08/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia: Povoando Quebrasantes"

^aកំណត់សម្គាល់: ព័ត៌មានទាំងនេះ មិន ប្រសើរឡើយ

EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DE DIREITO DA VARA DA JUSTIÇA ITINERANTE DO

CONTEÚDO NÃO ABORDADO DE RORAIMA.

09 AGO 2019

GRUPO SEGURODAZ S.A.
 Av. Central 316 - Tel Aviv 441 - Tel Aviv - IS

શ્રી. ઉપાધ્યક્ષ શ્રી. વીરજીભાઈ શેઠ, ૬૬૬ 'વિંધ્ય', ૧૦૧

00101101AE-7-A
00101101AE-7-A

0014877-01-2011-0-25-001

ACORDO GUARDA E RESPONSABILIDADE

Resumo: 1 **TEREZA DOS SANTOS FREITAS**

Coursier du Montblanc: 210167 SSF/RR

CTF № 768.024.182-15

Enriched Cells Conventional Cells

English: Do I am

Endereço: Rua 842, n.º 199 – Senador Hélio Campos – nesta Capital.

Home Residence: (95)

Page Count: 191

Order: (95) 9156-0782

Figura 2: FRANCISCA RIBEIRO DOS SANTOS

Casefile #/Identification: 273815 SSP:RR

CP# 811.163.552-00

Hande (iv): Spiteira

Profissão: Micro empresário

Endereço: Av. Nossa Senhora da Nazaré, nº 240 - Asa Branca - nesta Capital.

Four Haploids: (85) 9147-4848

പേജ്: 19

Colony: (S1) 9136-0714

Os Requerentes, acima qualificados e abaixo assinados, vêm à presença de Vossa Excelência, pela Defensoria Pública do Estado de Roraima, propor o presente ACORDO DE GUARDA E RESPONSABILIDADE do(a) menor RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO, pelos motivos fáticos e jurídicos a seguir aduzidos:

DOS FATOS

A Requerente 1 é genitora do menor em apreço, conforme faz prova a cópia da certidão de nascimento anexa. O genitor do menor faleceu no dia 10 de março de 2011, conforme faz prova a cópia da certidão de óbito em anexo.

DO ACERBO

Os requerentes acordam que o(a) menor **RICK RICHARD KEYV FREITAS RIBEIRO**, fique sob a guarda e responsabilidade da requerente 2, (a paterne, podendo a genitora visitá-lo(a) livremente.

DOS ALIMENTOS

A dentora contribuirá espontaneamente para a manutenção de amigos.

DO DIRETO

Para amparar seu pleito, invocam os Requerentes o disposto no artigo 33, da Lei 8.099/90, **ECA**, in verbis:



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE RORAIMA
"Ampliação, Padronização dos Institutos"

"Art. 33 - A guarda obriga a prestação de assistência material, moral e educacional à criança ou adolescente, conferindo a seu detentor o direito de opor-se a terceiros, inclusive aos pais".

DO PEDIDO.

EX POSITIS, requer que se cigne Vossa Excelência, em julgar procedente o presente **ACORDO DE GUARDA E RESPONSABILIDADE** do(a) menor **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**, conforme estipulado acima.

Requerem os benefícios da justiça gratuita, por serem considerados juridicamente pobres, conforme o que testifica o art. 2º, parágrafo único e art. 4º da Lei 1.060/50.

Requerem a intimação do Órgão do Ministério Público para atuar em todos os termos do presente acordo.

Protestam e requerem provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos.

Atribuem à causa o valor de R\$ 545,00 (Quinhentos e quarenta e cinco reais), para efeitos fiscais.

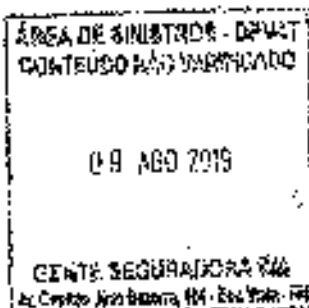
Pedem Deferimento.

Boa Vista-RR, 08 de outubro de 2011.

Tereza dos Santos Freitas
TEREZA DOS SANTOS FREITAS

Francivalva Ribeiro dos Santos
FRANCIVALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Elson Douglas da Silva
Defensor Público
OAB/RR 172



09 AGO 2018

CENTRO DE REGISTROS E
Arquivos do Estado de Roraima



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
VARA DA JUSTIÇA ITURERANTE



TERMO DE RATIFICAÇÃO - GUARDA E RESPONSABILIDADE

Proc. 0018.11.014517-3

Aos 6 de outubro de 2018, nesta Vara da Justiça Iturerante, localizada no município de Boa Vista/RR, estando presente o(a) MM. Juiz de Direito, Dr. Erick Linhares, presente o(a) Promotor(a) de Justiça, compareceram o(a) Sr(a). **TEREZA DOS SANTOS FREITAS**, o(a) Sr(a). **FRANCISCA VA RIBEIRO DOS SANTOS** os quais, acompanhados pela Defensoria Pública, de livre e espontânea vontade, ratificaram o acordo de guarda e responsabilidade, e pediram sua homologação (fl.02).

Dada a palavra u(a) Ilustre Representante do Ministério Público, manifestou-se no seguinte sentido: o pedido atende aos requisitos legais e preserva suficientemente os interesses da criança, razão pela qual optou pela homologação do acordo, na forma que foi apresentado.

Em seguida, pelo MM. Juiz de Direito, Dr. Erick Linhares, foi proferida a seguinte sentença:

Vistos, etc.

Em razão do exposto na inicial e, restando suficientemente preservado o interesse da criança, acolho o Parecer Ministerial, homologando o acordo a que chegaram as partes, declarando que doravante **Francisca va ribeiro dos Santos**, ficará com a guarda e responsabilidade do(a) menor: **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO** filho(a) de **Francisco Ribeiro dos Santos**(falecido) e **Tereza dos Santos Freitas** assumindo o ônus de bem educar, fornecendo-lhe, educação, saúde, segurança e alimentação indispensável ao seu bom desenvolvimento físico e intelectual. Com fundamento no art. 269 e incisos do Código de Processo Civil, julgo extinto o presente processo, com análise de mérito, determinando, em consequência o arquivamento dos autos. Sem custas, tendo em vista o disposto no § 1º, II, do art. 42-b do COJERR.

Erick Linhares
Juiz de Direito

Promotor(a) de Justiça: 2) Jordin M. Oliveira
Defensor(a) Público(s): [assinatura]

Requerente 1: Tereza dos Santos Freitas
Requerente 2: Francisca va ribeiro dos Santos



**CARTÓRIO DO
2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO**

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
VARA DA JUSTIÇA CRIMINAL

TERMO DE GUARDA E RESPONSABILIDADE

CAÇÃO DA ARMA DE MENOR

PROCESSE: 9010.11.014515-3

Comprometido(a): FRANCINALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Aos seis dias do mês de outubro de dois mil e onze, no município de Boa Vista/RR, no Estado de Roraima, no Juízo da Vara de Justiça Infância, onde se encontra o Excepcionalíssimo Senhor Erick Figueira - Juiz de Direito desta Comarca, compareceu o(a) Sr(a) FRANCISCA RIBEIRO DOS SANTOS, brasileira, solteira, menor empresária, RG 273645 SSP/RR e CPF 811.105.652/00, residente e domiciliada na Av. N.S. de Nazaré, 240 - Ass. Brasília, nesta Capital, a quem foi deferida a GUARDA E RESPONSABILIDADE do(a) menor RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO, nascido(a) no dia 17 de fevereiro de 2006 (CN 59824, N.S.V. de A-09 do 2o. Ofício de Boa Vista/RR) filho(a) de Francisco Ribeiro dos Santos (falecido) e Teresa dos Santos Freitas, com a obrigação de prestar assistência material, moral e educacional à criança ou adolescente, conferindo ao seu detentor o direito de opor-se a terceiros, inclusive a mãe. Ficou conferido, também, à criança ou adolescente a condição de dependente, para todos os fins e efeitos de direito, inclusive previdenciários. E, para constar, eu Ana Luiza Rodrigues Martins, (secretária) e digitei e Walerion Azevedo Furtulino (Escritão Substituto), mandou lavrar o presente Termo que vai assinado pelo MM. Juiz.

FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

ထပ်ကွပ်ကဲခြင်း

എന്നിവിടെ പ്രസ്താവിക്കുന്നു
എന്നിവിടെ പ്രസ്താവിക്കുന്നു


DANIEL BOONE

1295.TG 2040 45T 50-B4

AUTENTICADO Com o mesmo documento original apresentado.

Per la testimonianza di un solo doct. L'inf. C.

For AS4233, 31 de julho de 2019.

© 2000 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America. This book is printed on acid-free paper.

RECEIVED
JAN 10 1968

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C.

OFFICE OF THE SECRETARY
WASHINGTON, D.C.

MEMORANDUM FOR THE SECRETARY
SUBJECT: [Illegible]

[Illegible text follows]

ALMA DE RINHOEIRA - 03/04/2013
OUTUBRO NÃO É TEMPO DE...

19 AGO 2019

© 2004 Blackwell Publishing Ltd

For information, contact: **Dr. Robert L. Smith**, 401-863-2200, smithr@umass.edu



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
027.546.252-83

Nome
PICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO

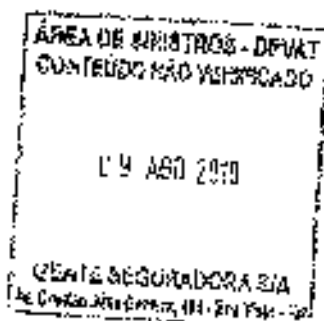
Nascimento
17/02/2006

CODIGO DE CONTROLE
0001,6005,4437,0988



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:37:47 do dia 24/07/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 03

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Tutela não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190417314

Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS RBEIRO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta 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:

Rick Richard Kury F. Ribeiro

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

5 - Nome completo:

Francidalva Ribeiro dos Santos

6 - CPF:

8M.163.652-00

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

Av. Nossa Sra. de Nazaré

9 - Número:

240

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Área Branca

12 - Cidade:

Bar Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300-000

15 - E-mail:

liderboanister.pendencia@hotmail.com

16 - Data de nascimento:

19/01/1972

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:

Francidalva Ribeiro dos Santos

18 - CPF do Representante Legal:

8M.163.652-00

19 - Profissão do Representante Legal:

Autônoma

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

143051

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia confissão de culpa ou avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (vair 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Bar Vista, RR 05 de junho 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

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:

Rick Richard Kury F. Ribeiro

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

5 - Nome completo:

Francidalva Ribeiro dos Santos

6 - CPF:

8M.163.652-00

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

Av. Nossa Sra. de Nazaré

9 - Número:

240

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Área Branca

12 - Cidade:

Bar Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300-000

15 - E-mail:

liderboanister.pendencia@hotmail.com

16 - Data de nascimento:

19/01/1972

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:

Francidalva Ribeiro dos Santos

18 - CPF do Representante Legal:

8M.163.652-00

19 - Profissão do Representante Legal:

Autônoma

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

143051

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia confissão de culpa ou avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Bar Vista, RR 05 de junho 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

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 ASI: 3190/1417314 3 - CPF da vítima: 027.546.252-83 4 - Nome completo da vítima: Rick Richard Kury Freitas Ribeiro

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

5 - Nome completo: Rick Richard Kury Freitas Ribeiro 6 - CPF: 027.546.252-83
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Av. Nossa Sra. de Nazaré 9 - Número: 240 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Asa Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300.000
15 - E-mail: liderboavista.pendencia@igmail.com 16 - Tel. (DDD) / Nº: (95) 99417-5392

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: Franciadora Ribeiro dos Santos
18 - CPF do Representante Legal: 811.163.652-00 19 - Profissão do Representante Legal: Autônoma

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 143051 6
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 24 de julho 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

533419

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015590/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/05/2019 10:24 Data/Hora Fim: 27/05/2019 10:42
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 27/05/2019
Delegado de Polícia: Glauber Carneiro Lorenzini

GERENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazarra, 484 - Boa Vista - RR

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 16/10/2018 21:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: nossa senhora de nazare

Bairro: Asa Branca

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Melo(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - São Geraldo do

Profissão: Autônomo

Nome da Mãe: Maria dos Anjos Ramalho Ribeiro

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Avenida Nossa Senhora de Nazaré

Bairro: Asa Branca

Nº: 240

Nome Civil: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino

Nasc: 14/10/2011

Nome da Mãe: Tereza dos Santos Freitas

Nome do Pai: Francisco Ribeiro dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 027.546.252-83

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Avenida Nossa Senhora de Nazaré

Bairro: Asa Branca

Nº: 240

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Glauber Carneiro Lorenzini
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Data de Impressão: 27/05/2019 10:47
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015590/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada informa que o seu filho adotivo conduzia a sua bicicleta e quando foi atravessar a referida avenida um veículo desconhecido o atropelou. Tal atropelamento causou algumas lesões corporais em seu filho, pois fraturou os dois braços. Após o acidente o condutor do automóvel fugiu do local sem prestar socorro. A vítima foi socorrida pelos vizinhos e foi levado por sua mãe para o Hospital Santo Antonio. A PM não compareceu no local do acidente. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

DAT

Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

MAT: 42000 787

Francivalva Ribeiro dos Santos
Francivalva Ribeiro dos Santos
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o comunicante das 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."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Glauber Carneiro Lorenzini
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Data de Impressão: 27/05/2019 10:47
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 382.596.302-06 4 - Nome completo da vítima: Laide Galvão Justino

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

5 - Nome completo: Laide Galvão Justino 6 - CPF: 382.596.302-06
7 - Profissão: do lar 8 - Endereço: Av. Rio Branco 9 - Número: 298 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: PRD. ADACEL SULTO MAIOR 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.315-012
15 - Telefone: (95) 98109-3349

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
Declaro, por todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO A INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (TUTOR/CURADOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para as faixas abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Tudo os bancos)
Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0250 ☒ CONTA: 29224 9
(Informe o dígito de controle) (Informe o dígito de controle) (Informe o dígito de controle) (Informe o dígito de controle)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização devida ao Seguro DPVAT e que eu livro e reito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação ao crédito, quitação total do valor devido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há qualquer dúvida ou controvérsia quanto ao fato de que a vítima não possui condições para o trabalho, sendo assim, não há necessidade de laudo médico para fins de indenização por invalidez permanente.

☐ 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 realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Ficou motivado a assinatura, sob o compromisso de análise da perícia do pedido da indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, para fins de indenização por invalidez permanente, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência de incapacidade permanente para o trabalho, conforme o art. 5, III, do art. 10, § 1º, da Lei nº 7.102/66, declarando que esta autorização não significa prévia e automática indenização.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteira ☐ Casada (com CPF) ☐ Divorciada ☐ Separada judicialmente ☐ Viúva 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 residência? ☐ 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, após o caso de morte, e indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas pessoas que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 294 do Código Penal.

34 - Nome legítimo de quem assina a requisição: _____

35 - Nome legítimo de quem assina a requisição: _____

36 - CPF legítimo de quem assina a requisição: _____

37 - Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

38 - Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 27/06/19

Laide Galvão Justino

Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Provedor (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS



Senha: UE0313

ATO DECLARATORIO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2006
Nome do Paciente: **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**
Sexo: MASCULINO
Endereço: AV NOSSA SENHORA DE NAZARE
Bairro: ASA BRANCA
CEP: 69309000
Nacionalidade: BRASILEIRO (A)
Nome da Mãe: TERESA

Idade: 12 Anos / 7 Meses / 29 Dias

Naturalidade:

Número: 240

Cidade: BOA VISTA

Telefone:

CNS: 703608087233232

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS
Identidade:

Parentesco: TIO (A)

Fone:

CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 98835 Data Atendimento: 16/10/2018 21:45:21 Data Classificação: 16/10/2018 21:45
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: UE || URGENCIA E EMERGENCIA
Local de Procedência: DOMICILIO
Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO

Observação:

Peso: 44.3 KG Temp.: 36 Usuário triagem: AILTON DOS REIS MORAES

Handwritten notes and stamps:
HOSPITAL SANTO ANTONIO
ACORDAMENTO DE CONSULTAS
MARCELO
23.10.18
7:30

ANAMNESE/HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

*Beau do Coração e filho (1) Ra. arduamente
Futuro em Pedro e Ula D., Resto do grupo E.
Após acidente (colapso de 1 caso) foi arduamente
O dor no local:
Um caso exaustivo em função a qual
Expos: arduamente.*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

EXAMES SOLICITADOS:

Usa Artropodista (Profuno)

GENTE SEGURADORA S/A

CONDUTA:

*A Selo do Quotidiano (Lado 1) Selo e Ula
Suspensão de posto
ou Jado.*

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzari, 404 - Boa Vista - RJ



CNPJ: 06.939.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.095.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 25.305-010



Matricula: 206067

Maio/2019

Dados do Cliente:
FRANCISVALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Endereço para entrega:
AV NOSSA SENHORA DE NAZARE, 240 - ASA BR
ANCA-BOM VISTA RR-55300-000

Inscrição: 001.012.099.0081.000
Rota: 9
Seq.Rota: 5274
Situação Água: RESIDENCIAL
Situação Esgoto: CORTADO

Hidrometro: Y118007026
Data de instalação: 19/06/2012

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 1467	1477	10	34
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 16/04/2019 20/05/2019			

ULTIMOS CONSUMOS

201904	10-14
201903	10-14
201902	0-32
201901	0-0
201812	0-0
201811	0-0
MEDIA	3

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 Q.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C.TOTAL	E.COLI
EXIGIDAS	198	198	198	198	198
ANALISADAS	204	204	204	204	204
CONFORMES	204	204	204	204	204

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019		0,47

VENCIMENTO: 15/06/2019
TOTAL A PAGAR: 24,30

AVISO: EM 30/04/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
206067	05/2019	15/06/2019	24,30



Via do Cliente

Via da CAER

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RJ



CNPJ: 06.939.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.595.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 25.305-010



Matrícula: 206067

Maio/2019

Dados do Cliente:
FRANCINALVA RIBEIRO DOS SANTOS

Endereço para entrega:
AV NOSSA SENHORA DE NAZARE, 240 - ASA BR
ANCA-BOM VISTA RR-55300-000

Inscrição: 001.012.099.0081.000-9
Rota: 5274
Seq.Rota: 5274
Quantidade de Economias: 1
Situação Água: RESIDENCIAL
Situação Esgoto: CORTADO

Data de instalação: 19/06/2012

LEITURA FAT. 1467
LEITURA INF. 1477
DT. LEITURA 16/04/2019 20/05/2019

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
1467	1477	10	34

ULTIMOS CONSUMOS

201904	10-14
201903	10-14
201902	0-32
201901	0-0
201812	0-0
201811	0-0
MEDIA	3

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 Q.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C.TOTAL	E.COLI
EXIGIDAS	198	198	198	198	198
ANALISADAS	204	204	204	204	204
CONFORMES	204	204	204	204	204

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019		0,47

VENCIMENTO: 15/06/2019
TOTAL A PAGAR: 24,30

AVISO: EM 30/04/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
206067	05/2019	15/06/2019	24,30



Via do Cliente

Via da CAER

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 891 - 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 368/13

Nº da Nota Fiscal

003121638

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	705	579,07

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 02 LIBERDADE

CPF: 00024172596215

CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.02.027408

DADOS DA LEITURA		CONSUMO (kWh)	FCAM	DATAS DA LEITURA	
Atual:	41300			Atual:	24/06/2019
Anterior:	40595			Anterior:	27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	24/07/2019
Consumo Medido:	705			Emissão:	19/06/2019
Consumo Faturado:	705		FCAM	Apresentação:	24/06/2019
NORMAL				28	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	11EDB04342 N	1525102	1.1.1.2	916

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAR/19 881	CONSUMO 705 A R\$ 0,773664 = 545,43
ABR/19 1051	ILUMINACAO PUBLICA 33,64
MAR/19 903	
FEV/19 1039	
JAN/19 816	
DEZ/18 893	
NOV/18 1035	
OUT/18 1086	
SET/18 823	
AGO/18 955	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 705 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/07/2013, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas a vencer e já reavaliadas no valor de R\$ 885,79 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
05/2019	729,98	

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 4CAD.F901.9153.C487.3F30.E303.A9CD.F457

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	138,49	Base de Cálculo:	545,43
Energia:	293,68	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	92,72
Encargos:	15,25	Valor do PIS:	0,93
Tributos:	98,01	Valor do COFINS:	4,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
9,24	18,49	36,99	8,46	16,52	33,84	4,99	
0,00			0,00			0,00	
FLORESTA				04/2019		344,83	

ROT: 5.001.12.02.027408

SEU CÓDIGO

0102074-9

TOTAL A PAGAR - R\$

579,07

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Boa Vista - RR

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 891 - 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 368/13

Nº da Nota Fiscal 003121638

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	705	579,07

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 02 LIBERDADE

CPF: 00024172596215

CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.02.027408

DADOS DA LEITURA		CONSUMO (kWh)	FCAM	DATAS DA LEITURA	
Atual:	41300			Atual:	24/06/2019
Anterior:	40595			Anterior:	27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	24/07/2019
Consumo Medido:	705			Emissão:	19/06/2019
Consumo Faturado:	705	FCAM		Apresentação:	24/06/2019
NORMAL				28	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	11EDB04342 N	1525102	1.1.1.2	916

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAR/19 881	CONSUMO 705 A R\$ 0,773664 = 545,43
ABR/19 1051	ILUMINACAO PUBLICA 33,64
MAR/19 903	
FEV/19 1039	
JAN/19 816	
DEZ/18 893	
NOV/18 1035	
OUT/18 1086	
SET/18 823	
AGO/18 955	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 705 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/07/2013, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas a vencer e já reavizadas no valor de R\$ 885,79 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
05/2019	729,98	

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 4CAD.F901.9153.C487.3F30.E303.A9CD.F457

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	138,49	Base de Cálculo:	545,43
Energia:	293,68	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	92,72
Encargos:	15,25	Valor do PIS:	0,93
Tributos:	98,01	Valor do COFINS:	4,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
9,24	18,49	36,99	8,46	16,52	33,84	4,99	
0,00			0,00		0,00		
FLORESTA				04/2019		344,83	

ROT: 5.001.12.02.027408

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Boa Vista - RR

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Denilze Correira Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francivalva Ribeiro dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 811.163.652 00,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rick Duvald Kevy F. Ribeiro

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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: <u>Av. General Ataíde Teive</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>liderboavista.pendencia@chefmail.com</u>	CEP: <u>69.309-000</u>	Tel (DDD): <u>(95)99117-5392</u>

Local e Data:

Boa Vista em 13 de junho 2019

Denilze Correira Dantas

Assinatura do Declarante



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Denilze Correia Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152, 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francivalva Ribeiro dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 811.163.652, 00,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima *Rick Ricardo Kewy F. Ribeiro*

inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.546.252, 83, 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: <i>Av. General Ataíde Teive</i>	Número: <i>2748</i>	Complemento: <i>02</i>
Bairro: <i>Liberdade</i>	Cidade: <i>Itaúva</i>	Estado: <i>RR</i>
E-mail: <i>liderboavista.pendencias@hpfmail.com</i>	CEP: <i>69.309-000</i>	Tel. (DDD): <i>(95) 99117-5392</i>

Local e Data:

Itaúva - RR 13 de junho 2019

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

Denilze Correia Dantas

Assinatura do Declarante

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francivalva Ribeiro dos Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 811.163.652 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rick Richard Kevy F. Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.546.252 / 83

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rick Richard Kevy F. Ribeiro

inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.546.252 / 83, 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: Av. Nossa Mãe de Nazaré

Número: 240

Complemento: Casa

Bairro: Boa Branca Cidade: Boa Vista

Estado: RR

CEP: 69.300.000

E-mail: lidiribeiravista.pendencia@hotmail.com

Tel. (DDD): (95) 99117-5392

Local e Data: Boa Vista - RR 04 de junho 2019

Francivalva Ribeiro dos Santos

Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



Série: UED33

Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2006 Idade: 12 Anos - 7 Meses / 29 Dias
Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO
Sexo: MASCULINO
Endereço: AV. NOSSA SENHORA DE NAZARE Naturalidade:
Bairro: ASA BRANCA Número: 240
CEP: 69809000 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone:
Nome da Mãe: TEREÇA CNB: 703608087233232

Responsável: FRANCIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS Parentesco: TIO (A) Fone:
Identidade: CPF:

Atendimento: 98835 Data Atendimento: 16/10/2018 21:45:21 Data Classificação: 16/10/2018 21:45
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: UE II URGENCIA E EMERGENCIA
Local de Procedência: DOMICILIO
Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO

Observação:

Peso: 44.3 KG Temp.: 36 Usuário triagem: AILTON DOS REIS MORAES

MAIO 2018
13 10 18
7.30

Dois do Cerebro e seio (1) RA. endométrio
Futuro em Radio e Ultra D. : Radio do tipo E.
para acidente (atropelamento e/ou) Pericardio
Onde no corpo:
Uma parte esquerda de tórax e quadril
Exposto, instabilidade.

ÁREA DE SINISTROS - DOUTOR
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Uso Autopulso (profuna)

GENE SEGURADORA S/A
Rua Santa Helena, 44 - Boa Vista - PA

Dois do Cerebro (1) seio e ultra son
Sufocação de peito
em tórax)

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável



SECRETARIA

MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA

GUIA DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL

SUS

SAMETRIAGEM

Prontuário nº:

Peso:

Livro do Registro nº:

Idade:

Hora Chegada:

Estatura:

P.C.:

Data: 23 /OUTUBRO/2018.

Hora de Atendimento:

Especialidade: *etp. M. P. P. P.*

Indígena: Sim () Não ()

Nome da Criança: *PICK REUY FREITAS RIBEIRO*Data de Nascimento: *23/10/2018*

Sexo Masc. () Fem. ()

Endereço: *Nº 100*

Bairro

Pai:

Mãe:

Fone:

Cel:

Cartão SUS:

Queixa Principal:

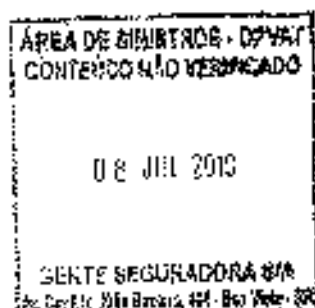
H.D.A.:

Exame Físico:

Impressão Diagnóstico:

Exames Solicitados:

Conduta:



Prontuário: 10721 Data Nascimento: 17/02/2006 Idade: 12 Anos / 3 Meses / 13 Dias
Nome do Paciente: RICK KEVY FREITAS RIBEIRO
Sexo: MASCULINO
Endereço: R. DE 1440/1441 A 3998/3998 GENERAL ATAÍDE TL Naturalidade: Número: 0
Bairro: LIBERDAD- Cidade: BOA VISTA
CEP: 69308000 Telefone:
Nacionalidade: CNS: 703608087233232
Nome da Mãe: FRANCIALVA RIBEIRO SANTOS

Responsável: Parentesco: Fone:
Identidade: CPF:
Endereço: Número: 0
Complemento: CEP: 15V

Atendimento: 46079 Data: 30/05/2018 15:18:24
Nome do Médico: HAROLDO WILSON MOREIRA DA SILVA
Especialidade: NEUROLOGIA Tipo: PRIMEIRA CONSULTA
Assa: 10/10 Assura:

- DESMOTO JA ESCOLA - 3 MESES
- CEFOTRIM TROCANTE
- HEMI - C E
- Pusula
NÃO TVE COME
TH COMUSU
EXAM FÍSICO (2)

CR. 100

ÁREA DE MINISTROS DE VIST
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

06 JUN 2018

GENE SEGURADORA S/A
R. Doutor João Batista, 114 - Boa Vista - Rio



117872

Prontuário: 19224

Data Nascimento: 17/02/2008

Idade: 12 Anos / 9 Meses / 24 Dias

Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO

Sexo: MASCULINO

Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DE NAZARÉ DE 01 A **Naturalidade:** BOA VISTA

Salto: ASA FRANCIS

CEP: 69312305

Número: 240

Nacionalidade:

Cidade: BOA VISTA

Telephone:

Nome da Mãe: TEREZA DOS SANTOS FREITAS

CN\$: 7036080187233232

Responding:

Identidade:

Endarego;

Complementos:

Parentesco:

Done:

GPF:

Número: 0

CEP:

Affidamento: 117872

Nome do Médico: MARCELO HENRIQUE DE SA ARRUDA

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Date: 11/12/2018 07:14:21

Tipo: CONSULTA DE RETORNO

Peso: Altura:

Alupur:

Jan 1970
Lyn Wells LWA B/10/12/70

[illegible]

Dr. Marcelo Artuado
Presidente del Tribunal

ÁREA DE SINISTROS - CP VAL
CONTENDO MÃO VERDE

22 JUL 2015

GENTE SEGUERA FORA 346

*The Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923.



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO
CIRURGICO



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: ____/____/____ O.S. ____

Diagnóstico Pré-Operatório

Indicação Terapêutica

Tipo de intervenção

Medicações e Acidentes

Cirurgião

1º Auxiliar

Instrumentadora

Anestesistas

Anestesia

Início

Fim

Duração

RELATÓRIO CIRÚRGICO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÊIDOR NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENY SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 102 - Boa Vista - PE

Data

Assinatura



Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2006

Idade: 13 Anos / 2 Meses / 13 Dias

Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO

Sexo: MASCULINO

Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DE NAZARE DE 01 A Naturalidade: BOA VISTA

Bairro: ASA BRANCA

Número: 240

CEP: 66312306

Nacionalidade:

Nome da Mãe: TEREZA DOS SANTOS FREITAS

Cidade: BOA VISTA

Telefone:

CNS: 703608087233232

Responsável:

Identidade:

Endereço:

Complemento:

Parentesco:

CPF:

Número: 0

CEP:

Fone:

Atendimento: 165333

Nome do Médico: MARCELO HENRIQUE DE SA ARRUDA

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data: 30/04/2019 07:22:57

Tipo: CONSULTA DE RETORNO

Peso:

Altura:

ÁREA DE REGISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUL 2019

SENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Baptista, 444 - Boa Vista - RS

*SEM RIGIDIDADE
NAO MAIS INFLAMATÓRIO
NA RX CONTROLE COM CONS. CR, R. P.
OK. W. C. P. P. O. B. A. M. P. H.*

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável



Prontuário: 19221 Data Nascimento: 17/02/2006 Idade: 12 Anos / 8 Meses / 13 Dias
Nome do Paciente: RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO
Sexo: MASCULINO
Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DE NAZARE DE 01 A Naturalidade:
Bairro: ASA BRANCA Número: 240
CEP: 69312305 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: Telefone:
Nome da Mãe: TEREZA DOS SANTOS FREITAS CNS: 703608087233232

Responsável: Parentesco: Fone:
Identidade: CPF:
Endereço: Número: 0
Complemento: CEP:

Atendimento: 103376 Data: 30/10/2018 07:14:28
Nome do Médico: MARCELO HENRIQUE DE SA ARRUDA
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Tipo: CONSULTA DE RETORNO
Peso: Altura:

sem dor, com uso analgésico
31/10/2018.

10/11/2018 OK, R. P. sem dor.

10/11/2018 OK, R. P. sem dor.

ÁREA DE SINISTROS - OPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019



ESQUERDO

D

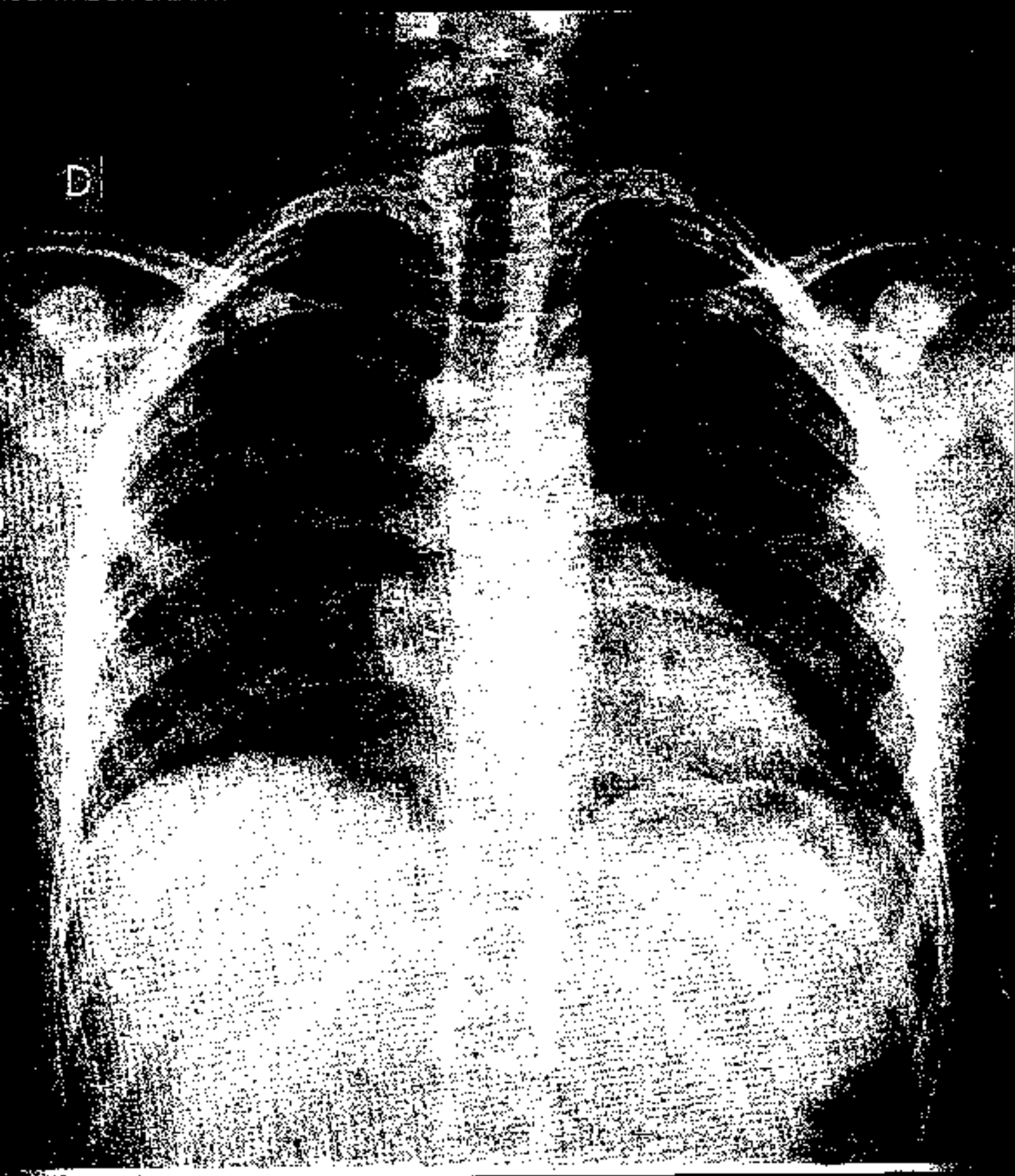
RICK RICHARD KEVEN FREITAS RIBEIRO
12 anos | 17-02-2006

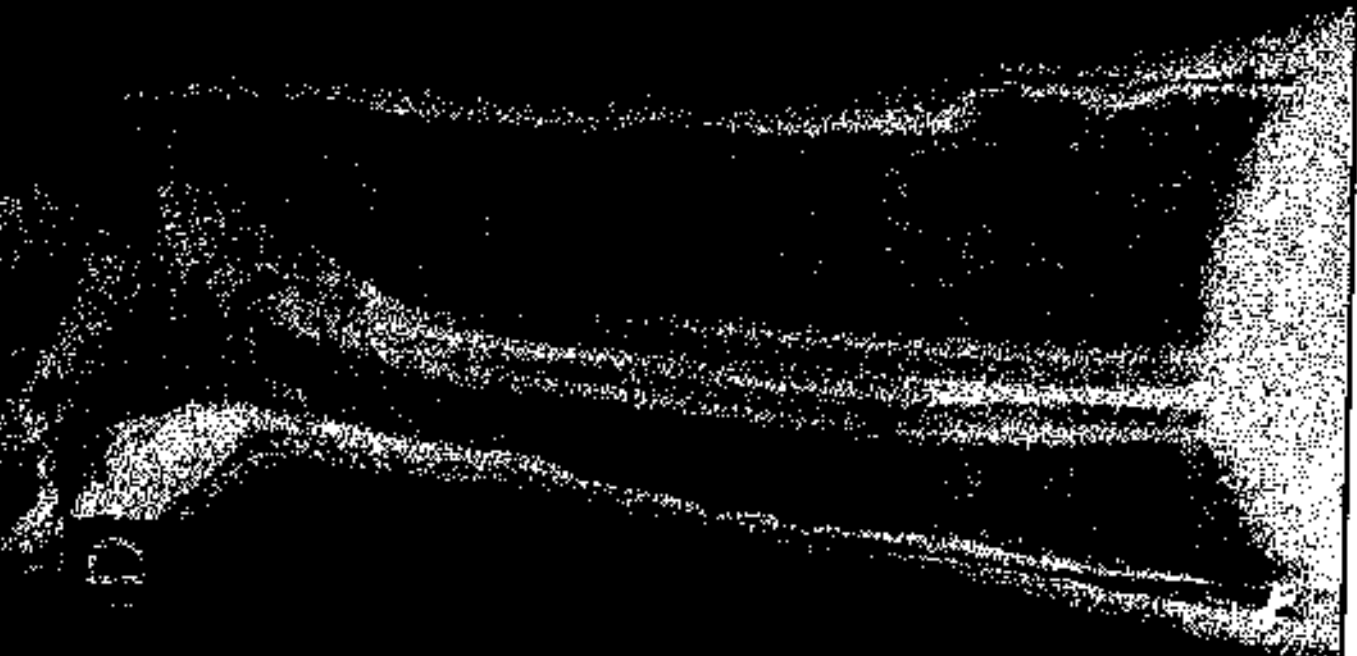
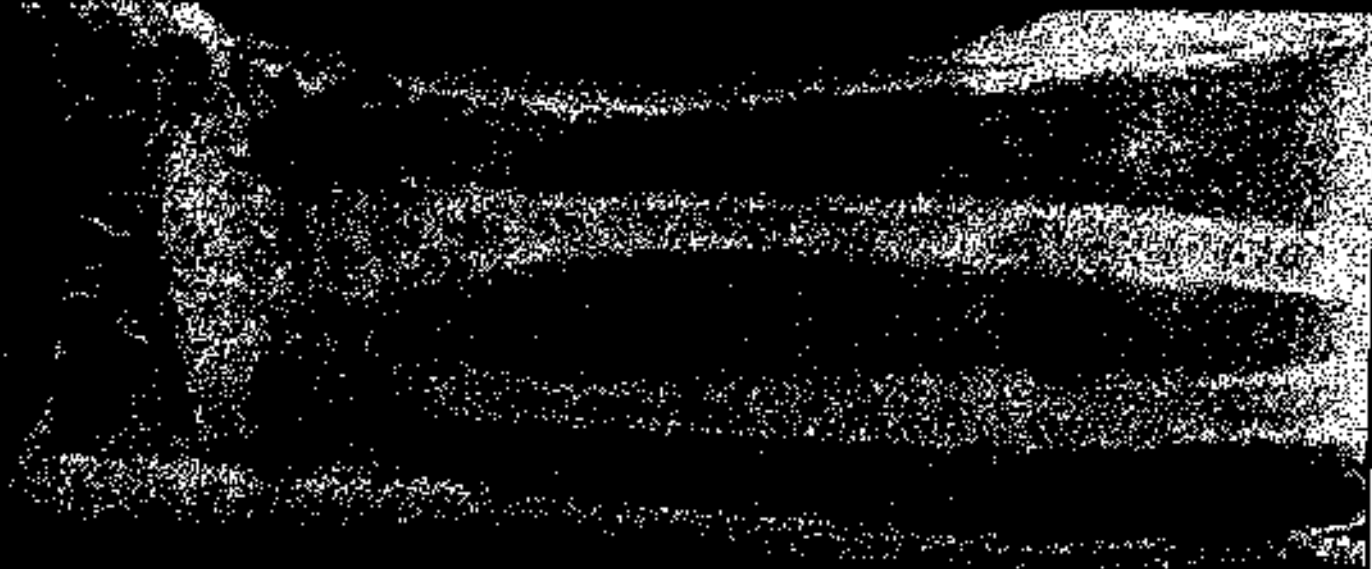
4-106

DIREITO

...
CK RICHARD KEVEN FREITAS RILN III
ano(s) 17-02-2006

...
OLICLINICA COSME E SII VA





JOSEPH ALBA CIRIACIA SANTO ANTONIO



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

(b)

[REDACTED]

[REDACTED]

100-100-8000, 100-100-100

100-100

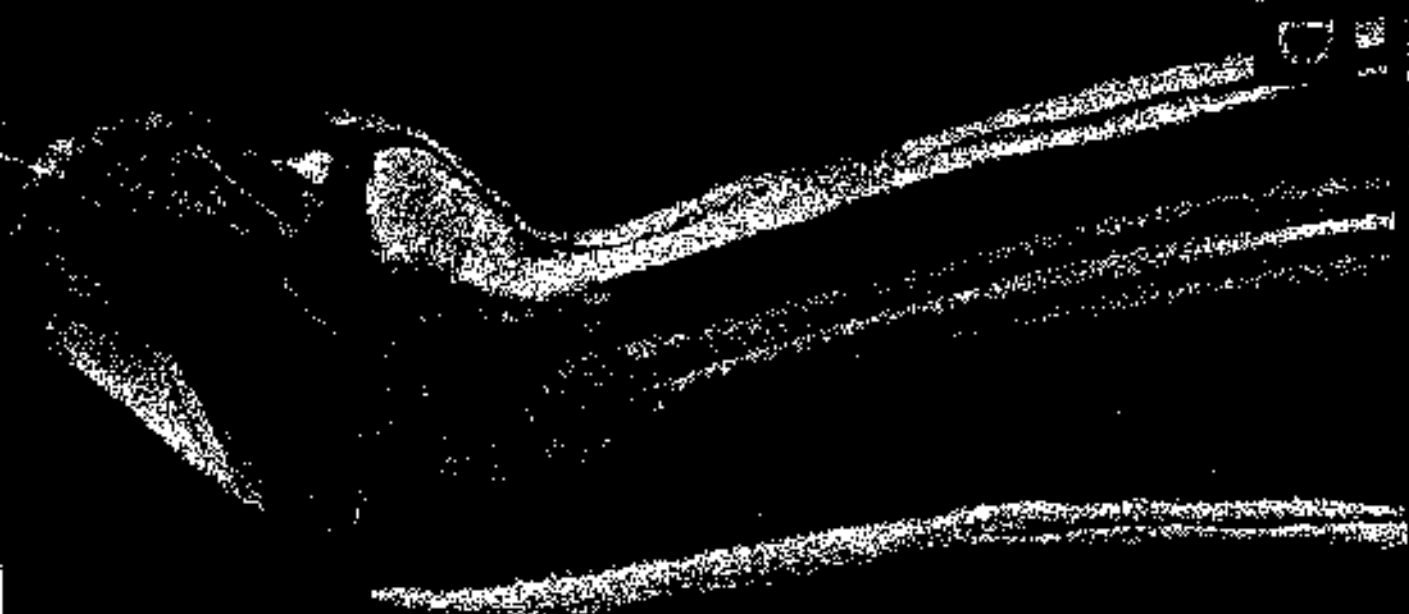
100-100-8000, 100-100-100

[REDACTED]

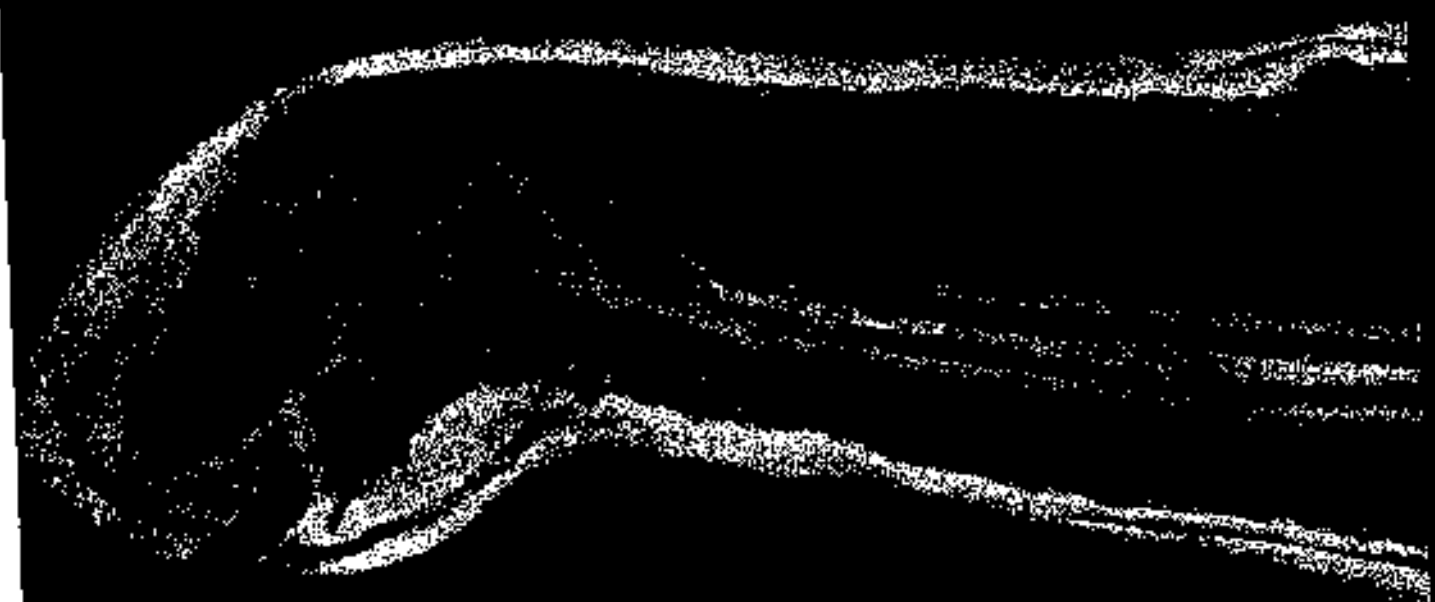
(b)

(b)

[REDACTED]


$$p_{\text{c}} = p_{\text{c}}^{\text{c}} = 0.05$$

33



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS

TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

Wagner Mendes Coelho

José Coelho de Souza Neto

Av. Ataide Teive, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 3625 5808
Boa Vista - Roraima

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazurto, 484 - Boa Vista - RR

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-99** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **5-V**, sob o Nº. **59824**, está Registrado o assento de **RICK RICHARD KEVY FREITAS RIBEIRO**, do sexo **M**, nascido(a) no dia **dezessete de fevereiro de dois mil e seis às 02:44**, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, em Boa Vista-RR, filho(a) de **FRANCISCO RIBEIRO DOS SANTOS** e **TEREZA DOS SANTOS FREITAS**, avós paternos: **Francisco Jorge dos Santos** e **Maria dos Anjos Ramiro Ribeiro**, e avós maternos: **Julio Carlos de Freitas** e **Maria dos Santos Freitas**.

O registro foi efetuado no dia **18 de agosto de 2006**

Foi declarante: o pai

Observação: 1ª Via

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 18 de agosto de 2006

Oficial

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 273815 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/11/2007

NOME FRANCIALVA RIBEIRO DOS SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO JORGE DOS SANTOS
MARIA DOS ANJOS RAMALHO RIBEIRO

NATURALIDADE SÃO GERALDO DO ARAQUAIA - PA DATA DE NASCIMENTO 06/02/1982

DOC ORIGEM CERTID. NASC 49.476-FLS 108-V LIV A-66
BOA VISTA - RR

CPF 811.163.652-00
2 VIX

Rita de Cássia Coelho da Araújo
Diretora do IDOC

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bazanta, 484 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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


Fotografia Direita

Francisca Ribeiro dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

NOME
 DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA /
 3142655 SSP RR

CPF
 792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
 08/03/1979

FILIAÇÃO
 JOSE DE SOUZA CORREA
 EVANGELINA LOBATO DA
 SILVA

PERMISSÃO
 AOC
 CAT. HAB.
 15

Nº REGISTRO
 94953412311

VALIDADE
 20/08/2019

1ª HABILITAÇÃO
 31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
 25/08/2014

59564648026
 RR207683212

DETRAN-RR (RORAIMA)
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR
 905314502

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 08 JUL 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bazerra, 444 - Boa Vista - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190417314 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICK RICHARD KEVY FREITAS **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
RBEIRO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, MEMBROS SEM ALTERAÇÃO ANATÔMICA, SEM ALTERAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES E SEM COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DOS ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA NOS DOIS ANTEBRAÇOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 22/08/2019

Conduta mantida:

Observações: NÃO HÁ SEQUELA A SE INDENIZAR.

DANOS

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