

---

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **ADILSON MOZART PENA DUARTE**

Nº Sinistro: **3180564882**

Vítima: **ADILSON MOZART PENA DUARTE**

Data do Acidente: **24/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180564882**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

---

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180564882**

**Vítima: ADILSON MOZART PENA DUARTE**

**Data do Acidente: 24/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ADILSON MOZART PENA DUARTE**

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

Boletim de ocorrência 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



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

---

**Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180564882**

**Vítima: ADILSON MOZART PENA DUARTE**

**Data do Acidente: 24/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ADILSON MOZART PENA DUARTE**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

144.673.992-91 Adilson Mozart Pena Quarte

Nome completo da vítima:

Nome completo:

Adilson Mozart Pena Quarte

CPF:

144.673.992-91

Profissão:

Endereço:

Rua Belo Horizonte

Número:

928

Complemento:

Bairro:

nova cidade

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RE

CPF:

89.316.214

E-mail:

Liderboavista.pendencia@hotmai.com

Tel. (DDD):

(65) 99114-5392

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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: \_\_\_\_\_

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

AGÊNCIA:

3905

CONTA: 3710

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

30 NOV 2010

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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. **DETALHE: SEGUADOR A S/A**

Av. Getúlio Vargas, 494 - Rio das Ostras - RJ

**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 atende 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 Lider 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**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

**ESTOU CIENTE** de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

Local e Data, \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

*Adilson Mozart Pena Quarte*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

489973



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042996/2018

### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/11/2018 10:54 Data/Hora Fim: 23/11/2018 11:26  
Delegado de Polícia: Adriano Silva Severino Santos

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial  
 Data/Hora do Fato: 24/06/2018 11:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
 Logradouro: rotatória da av. João Alencar com Argentina

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

Bairro: Cauamé

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	OENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista	Melhor(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito		Não Houve

### ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADILSON MOZART PENA DUARTE (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Belém Sexo: Masculino Nasc: 30/07/1964

Profissão: Vigilante

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Francisca Pena Duarte

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
 Logradouro: RUA BELOHORIZONTE  
 Bairro: NOVA CIDADE  
 Telefone: (95) 99120-3976 (Celular)

Nº: 428

### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 0998823996	Placa NAY6943
Número do Chassi 9C2JC4820ER545604	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor ROSA	UF Veículo Roraima
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Adilson Mozart Pena Duarte	Possuidor

### RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado esteve nessa Unidade Policial para comunicar que: na data, horário e local supramencionados, conduzia a motocicleta acima descrita na rotatória acima citada; Que um outro condutor de outra motocicleta que se encontrava também dentro da rotatória, acenou com o pisca que iria fazer uma manobra contornando a esquerda, porém o comunicante se colocou ao lado direito deste veículo; Que de forma inesperada o outro condutor fez a conversão para direita, vindo a cortar a frente do comunicante causando o acidente; Que o comunicante caiu no chão, onde



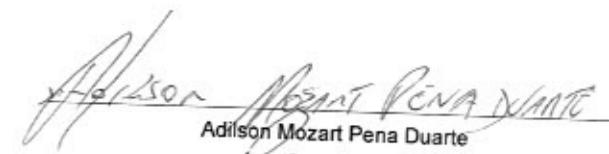
# BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042996/2018

ocasionou fratura no fêmur esquerdo, conforme laudo do comunicante, e logo após foi socorrido por populares; Que o comunicante deu entrada no trauma do HGR para procedimentos cirúrgicos. Era o que tinha a comunicar.

## ASSINATURAS

  
Washington Baião da Silva  
Responsável pelo Atendimento

  
Adilson Mozart Pena Duarte  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme previsto nos Artigos 339-Demunicação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Dois Vizinhos - PR

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

144.673.992-91 Adilson Mozart Pena Quarte

Nome completo da vítima:

Nome completo:

Adilson Mozart Pena Quarte

CPF:

144.673.992-91

Profissão:

Endereço:

Rua Belo Horizonte

Número:

928

Complemento:

Bairro:

nova cidade

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RE

CPF:

89.316.214

E-mail:

Liderboavista.pendencia@hotmai.com

Tel. (DDD):

(65) 99114-5392

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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: \_\_\_\_\_

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

AGÊNCIA: 3905

CONTA: 3710

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

30 NOV 2010

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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. **DETALHE: SEGUADORADA S/A**

Av. Getúlio Vargas, 494 - Rio das Ostras - RJ

**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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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 Lider 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**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

**ESTOU CIENTE** de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

Local e Data, \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO**

HGTV



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0042533-8

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Enzo Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.002-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Imprensa autorizado pelo SEFAZ/RR/13

Nº da Nota Fiscal 001578630

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2018	26/10/2018	522	327,30

MARLUCE OLIVEIRA DE SOUSA  
R. BELO HORIZONTE 428 NOVA CIDADE  
CPF: 00031360122249  
CEP: 69.316-214 - BOA VISTA ROT: 15.001.23.02.447000

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	22082		Atual: 09/10/2018
Anterior:	21560		Anterior: 08/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 08/11/2018
Consumo Médio:	522		Emissão: 09/10/2018
Consumo Faturado:	522	FCAM	Apresentação: 09/10/2018

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		
			Período	Código Fct.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	5000035	L 1521566	1.1.1.2	329
<b>HISTÓRICO kWh</b>					
Mêsano consumo					
SET/18	335	CONSUMO	522 A R\$ 0,569048 =	297,04	
AGO/18	207	CORRECAO MONETARIA DA 08/18-00		0,03	
JUL/18	167	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)		0,80	
JUN/18	333	MULTA POR ATRASO DE IL. PUBLIC		1,20	
MAI/18	412	JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL		0,17	
ABR/18	376	MULTA POR ATRASO (2X)		6,18	
HAR/18	439	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER		1,34	
FEV/18	307	ILUMINACAO PUBLICA		20,54	
JAN/18	294				
DEZ/17	360				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
<b>MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO</b>					
Caso haja cobrança de serviços de terceiros em sua fatura (LBV) puder ser cancelada em nossos canais de atendimento. Ligue 08007019120 e faça opção vencimento 1 6 11 16 21 26 Parabéns! Até o dia 09/10/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.					

RESERVADO AO FISCO	560B.900B.884C.ZF44.57E5.54C0.60A7.9CC5
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 89,42	Base de Cálculo: 297,04
Energia: 143,07	Aliquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 50,49
Encargos: 5,96	Valor do PIS: 1,43
Tributos: 58,59	Valor do COFINS: 6,67

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,45 16,91 33,82 8,46 16,92 33,84 4,65  
3,80 9,00 1,23

DISTRITO 08/2018 R\$ 46,08  
ROT: 15.001.23.02.447000

Eletrobras	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
Distribuição Roraima	0042533-8	327,30
Eletrobras Distribuição Roraima Av. Capitão Enzo Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44   Ins. Estadual: 24.007.002-3	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
	10/2018	26/10/2018

Nº da Nota Fiscal: 001578630 FCAM

8360000003 1 27300075000 3 0000000042 2 53381018008 3

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 1874805

**JOSE HORACIO DO NASCIMENTO**

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748 , 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1020749	11/2018	25-OCT-18 a 26-NOV-18
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1035	11-DEC-18	R\$ 820,77

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada  
 - Ligue EDRR: 0800 70 19 120

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**CÓDIGO ÚNICO**

1020749

**MÊS**

11/2018

**TOTAL A PAGAR**

R\$ 820,77

836200000088.207700750004.000000001024.074911180052



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Corrêa Dantas inscrito (a) no CPF 792.657.152-00,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adilson Nogueira Pena Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.673.992-91,  
Adilson Nogueira Pena Duarte do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

30 NOV 2018

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 implica na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua	Cidade	2748	
Liberdade	Braga	Estado	CEP
Email	liderbragista.pendencia@hotmail.com	RR	69.309.000
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
		(15) 99117-5392	

Boa Vista, 28 de Novembro de 2018  
Local e Data

Denilze Corrêa Dantas  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOLEILSON MADISON DE SOUZA SILVA,  
RG nº 17113679, data de expedição / /,  
Órgão SSP/AM, portador do CPF nº 812.888.162-00, com  
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Belo Horizonte - Nova Liberdade, nº 428,  
complemento casar, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima ADILSON MOZART PENA DUARTE cujo o condutor era  
ADILSON MOZART PENA DUARTE.

Veículo: MOTO CICLETA

Modelo: HONDA 1B1Z 125 ES

Ano: 2014/2014

Placa: NAY 6943

Chassi: 9C2JC4820ER 345604

Data do Acidente: 24.08.18

Local e Data: BOA VISTA, 13/11/2018



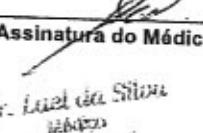
Assinatura do Declarante

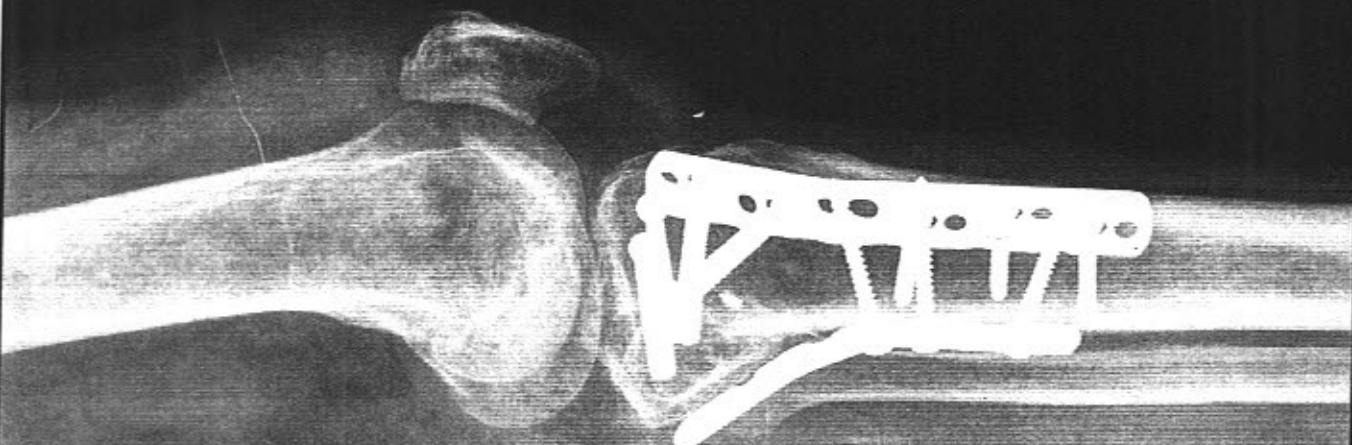
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AFROPORTO**

HGTV  
Home & Garden Television

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA									DIURNO 07-19	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	Pr	
ADILSON MOZART PENA DUARTE		30/07/1964		54 A 0 M 25 D		703409256945415		14467399291	001	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade		
IDENTIDADE	47236			M		PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA		
Mãe				Pai	NEWTON FERREIRA DUARTE			Contato		
FRANCISCA PENA DUARTE								(95) 99142-0310	Ocupação	
Endereço RUA - BELO HORIZONTE - 428 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR										
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Pre		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	Peso	Pre		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA									
Selor	Type de Chegada	DEMANDA ESPONTÂNEA		Procedimento Sol.				Registrado por:		
GRANDE TRAUMA		ÁREA DE SINISTROS - DPVAT						DANIEL.VIANA		
Querela Principal		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO						Suspeita de De		
Acidente de moto		<input type="checkbox"/> Síndrome Febre		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/>				
		30 NOV 2018								
Anamnese de Enfermagem						GSC		TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		GENTE SEGUROADORA S/A Av. Ceará Jólio Bezerra, 484, Bento Vitor - RS				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Exame Físico		Relata história de cinturão de segurança no tórax e abdômen.								
Hipótese Diagnóstica		Febre, dor abdominal, cinturão de segurança, cinturão de segurança.								
SADT - Exames Complementares		<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:								
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO				
(D) Decidido a (D) alta				30 NOV 2018		Assinatura: Daniel Viana				
(D) Decidido a (D) alta										
Condução		<input type="checkbox"/> Ambulatório								
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)								
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Internação								
<input type="checkbox"/> Alta a Revisão		Data e Hora da Saida/Alta: / / : :								
<input type="checkbox"/> Transferência para:										
Óbito										
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família		<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável					Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: daniel.viana Data Hora: 24/08/2018 11:56:37					 Dr. Luiz da Silva M.D. CRM-RJ 2699 1800999961					



51,9 %

10/09/2018

10585

COM CARGA

0/09/2018

ADILSON MOZART PENA

HOSPITAL GOSSENEL 112



48,0 %

E

24/8/2018 12:36:40

51.4 %

24/8/2018 12:36:40

ADILSON MOSARF PENA DUARTE ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA TR QUEMSON ED FRANCENF

[E]

61.1 %



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502

NOME: DENILZE CORRÊA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR: UF  
3142655 SSP RR

CPF: 792.657.152-00 DATA NASCIMENTO: 08/03/1979

FILIAÇÃO: JOSE DE SOUZA CORRÊA  
EVANGELINA LOBATO DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CAT HAB: B

Nº REGISTRO: 04953412311 VALIDADE: 20/08/2019 1ª HABILITAÇÃO: 31/05/2010

OBSERVAÇÕES:

Hembe Loria Dantas  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 25/08/2014

Eduardo Dantas Santos  
Dirtor - Presidente  
DETRAN RR  
LICENCIADO DO EMISSOR

DETAN RR (RORAIMA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

DECLARAÇÃO

30 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Beira Mar, 484 - Boa Vista - RR

EU, ADILSON MOZART PENA DUARTE

Portador (a) do RG: 47236

SSP/RR e CPF: 144

673.992.91

Declaro, para os devidos fins de direito em especial para fazer prova junto à **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO "DPVAT"** que na data 24/08/18 e hora \_\_\_\_\_ do acidente de trânsito ocorrido com a

Vítima: ADILSON MOZART PENA DUARTE

informo que não compareceram no local do fato as autoridades competentes cito:  
**POLÍCIA MILITAR, POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, SAMU, CORPO DE BOMBEIROS, GUARDA CIVIL MUNICIPAL.**

Desde já autorizo à **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO "DPVAT"**, proceder quaisquer diligências bem como investigações a fim de esclarecer a veracidade dos fatos narrados nesta declaração".

TESTEMUNHAS

NOME: Danielle Vieira dos Santos

RG: \_\_\_\_\_ ORGÃO EXPEDIDOR \_\_\_\_\_, CPF: 008.029.672.64

NOME: \_\_\_\_\_

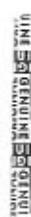
RG: \_\_\_\_\_ ORGÃO EXPEDIDOR \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA: Boa Vista, 13/08/2018



Adilson Mozart Pena Duarte

ASSINATURA DO DECLARANTE



**DANIEL  
AQUINO**

61.889.368/2017-1349  
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)

"ADILSON MOZART PENA DUARTE"  
Em testemunho da verdade, E.G.C.  
De que dou fé, Boa Vista/RR, 13 de novembro de 2018.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidades portaiselom.com.br  
RECFIR16829500EG2219T880JB66 /

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos ISS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

**100m**  
Marta Oliveira de Aquino  
Escrevente Autorizada

DECLARAÇÃO

30 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Beira Mar, 484 - Boa Vista - RR

EU, ADILSON MOZART PENA DUARTE

Portador (a) do RG: 47236

SSP/RR e CPF: 144

673.992.91

Declaro, para os devidos fins de direito em especial para fazer prova junto à **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO "DPVAT"** que na data 24/08/18 e hora : : do acidente de trânsito ocorrido com a

Vítima: ADILSON MOZART PENA DUARTE

informo que não compareceram no local do fato as autoridades competentes cito:  
**POLÍCIA MILITAR, POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, SAMU, CORPO DE BOMBEIROS, GUARDA CIVIL MUNICIPAL.**

Desde já autorizo à **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO "DPVAT"**, proceder quaisquer diligências bem como investigações a fim de esclarecer a veracidade dos fatos narrados nesta declaração".

TESTEMUNHAS

NOME: Danielle Vieira dos Santos

RG: \_\_\_\_\_ ORGÃO EXPEDIDOR \_\_\_\_\_, CPF: 008.029.672.64

NOME: \_\_\_\_\_

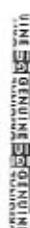
RG: \_\_\_\_\_ ORGÃO EXPEDIDOR \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA: Boa Vista, 13/08/2018



Adilson Mozart Peixoto

ASSINATURA DO DECLARANTE



**DANIEL  
AQUINO**

61.889.368/2017-1349  
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)

"ADILSON MOZART PENA DUARTE  
Em testemunho da verdade, E.G.C.  
De que dou fé, Boa Vista/RR, 13 de novembro de 2018.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidades portaiselom.com.br  
RECFIR16829500EG2219T880JB66 /

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos ISS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

**100m**  
Marta Oliveira de Aquino  
Escrevente Autorizada