

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

Carta nº 13667884



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



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 de 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 Nome completo da vítima: Adilson Bozart Pena Duarte
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Adilson Bozart Pena Duarte CPF: 144.673.992-91
Profissão: _____ Endereço: Rua Belo Horizonte Número: 428 Complemento: _____
Bairro: Nova Cidade Cidade: Boa Vista Estado: RE CEP: 69.316.214
E-mail: lidiabranista.pendencia@hotmail.com Tel. (DDD) 95199117-5392

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

DADOS CADASTRAIS
RENDA MENSAL:
☒ RCLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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: 3 0 NOV 2019
(Informar o dígito se existir) (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 devido. **GENTE-SEGURADORA S/A**

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.

Pe o motivo assinado, 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: _____ 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 daqueles 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 ROGO

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 ROGO, 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
POLÍCIA 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: 24/08/2018 11:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: rotatória da av. João Alencar com Argentina

Bairro: Cauamé

Tipo do Local: Via Pública



Natureza

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

Nº: 428

Telefone: (95) 99120-3976 (Celular)

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

Adilson Mozart Pena Duarte

Envolvimentos

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



Delegado de Polícia Civil: Adriano Silva Severino Santos

Impresso por: Washington Baião da Silva

Data de Impressão: 23/11/2018 11:26

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2


PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

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 assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha 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 Nome completo da vítima: Adilson Bozart Pena Duarte
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Adilson Bozart Pena Duarte CPF: 144.673.992-91
Profissão: _____ Endereço: Rua Belo Horizonte Número: 428 Complemento: _____
Bairro: Nova Cidade Cidade: Boa Vista Estado: RE CEP: 69.316.214
E-mail: lidibozart.pendencia@hotmail.com Tel. (DDD) 95199117-5392

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RCLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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: 3 0 NOV 2019
(Informar o dígito se existir) (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 devido. **GENE-SEGURADORA S/A**

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.

Pe o motivo assinado, 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: _____ 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 daqueles 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 ROGO

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 ROGO, 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.**



Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0042533-8

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 591 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta do Energia Elétrica - Série B.1

Regime especial de impressão autorizado pela SPPA/ 30/13

Nº da Nota Fiscal 001578630

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\$)
OUTUBRO/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 Medido:	522			Emissão:	09/10/2018
Consumo Faturado:	522	FCAM		Apresentação:	09/10/2018

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	5000035	L 1521566	1.1.1.2	329

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 522 A R\$ 0,569048 = 297,04
SET/18 335	CORRECAO MONETARIA DA 08/18-00 0,03
AGO/18 207	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 0,80
JUL/18 167	MULTA POR ATRASO DE IL. PUBLIC 1,20
JUN/18 333	JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL 0,17
MAI/18 412	MULTA POR ATRASO (2X) 6,18
ABR/18 376	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 1,34
MAR/18 439	ILUMINACAO PUBLICA 20,54
FEV/18 307	
JAN/18 294	
DEZ/17 360	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
G A 522 - 0,456770	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

3 0 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A

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

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
ODERA 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.2F44.57E5.54C0.60A7.9CC5

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	89,42	Base do Cálculo:	297,04
Energia:	143,07	Alíquota 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

46,08

ROT: 15.001.23.02.447000

Eletrobras Distribuição Roraima	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
	0042533-8	327,30
Eletrobras Distribuição Roraima Av. Capitão Ene Garcez 591 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.022-3	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
	10/2018	26/10/2018
	Nº da Nota Fiscal:	001578630 FCAM

83600000003 1 27300075000 3 00000000042 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

autenticação mecânica

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1020749	11/2018	R\$ 820,77

836200000088.207700750004.000000001024.074911180052



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/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 Corrêa Dantas inscrito (a) no CPF 792.657.152 00
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adilson Mozart Pena Duarte inscrito
(a) no CPF sob o Nº 144.673.992, 91 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Adilson Mozart Pena Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.673.992, 91 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

Endereço <u>Av. General Ataíde Teive</u>		Número <u>2748</u>	Complemento
Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.000</u>	
Email <u>liderboavista.pendencia@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(95) 99117-5392</u>

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 17.113.679, data de expedição 1/1/,

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 Cidade, nº 428,

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado 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: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA 125 ES

Ano: 2014/2014

Placa: NAV 6943

Chassi: 9C2JC4820ER545604

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)

E



AREA DE SINISTROS - DPV
CONTENDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paulista, 1561 - Bela Vista - São Paulo - SP

COM CARGA

01/09/2018

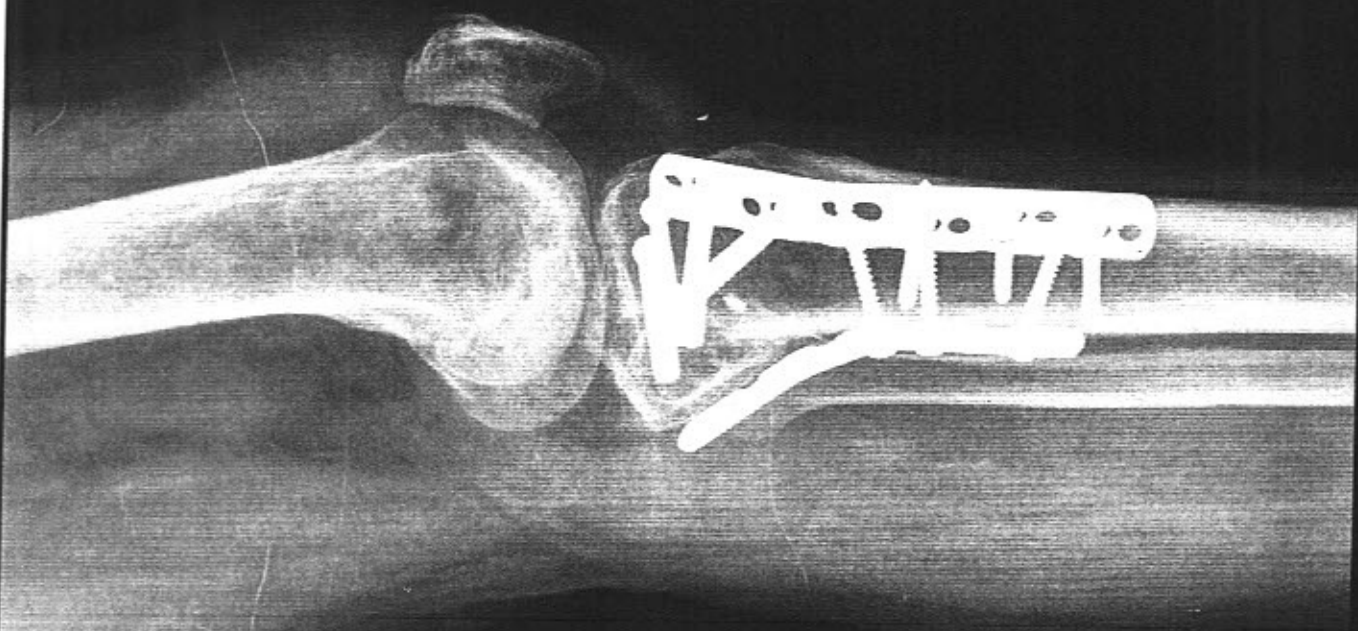
ADILSON MOZART PENA

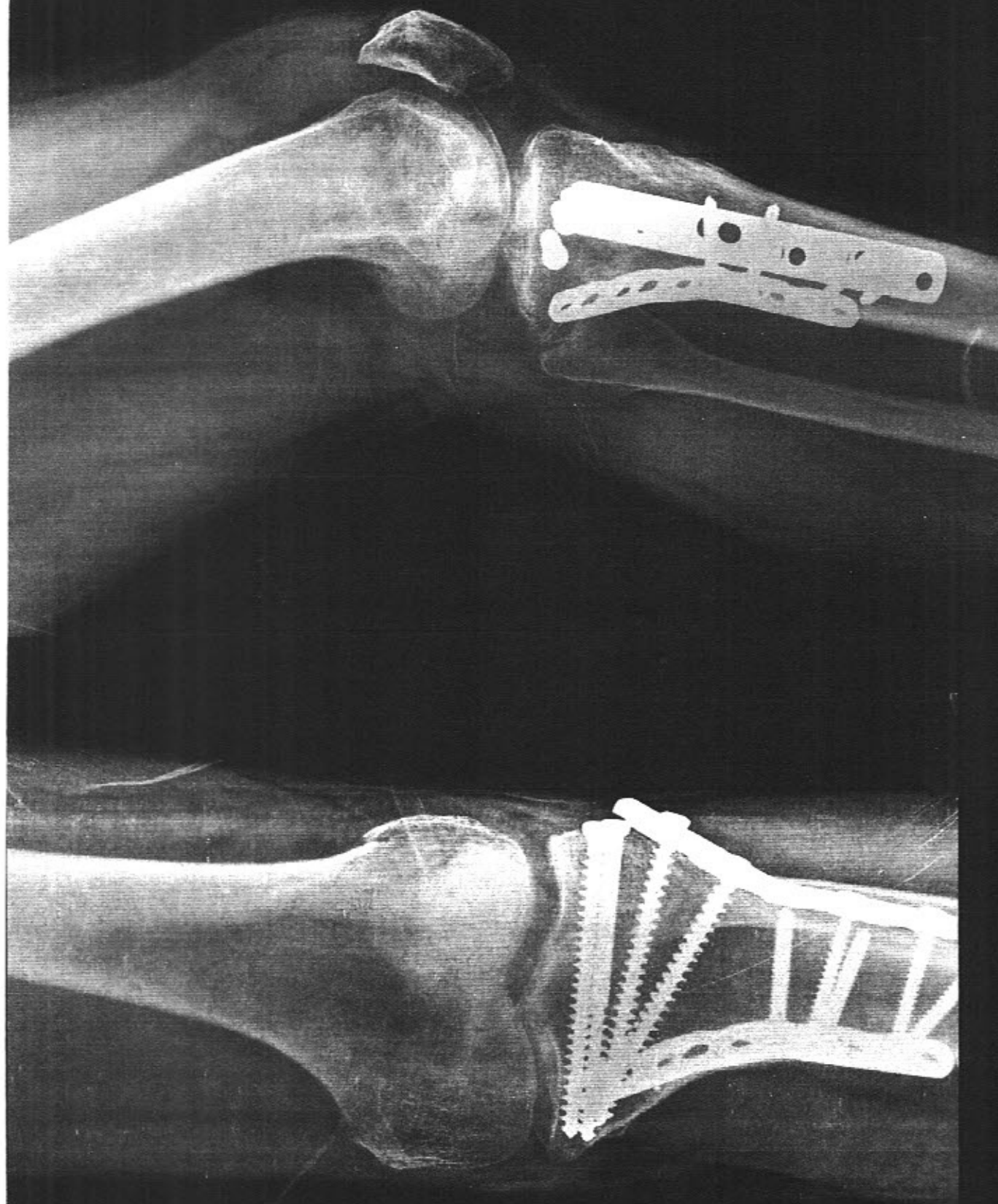
10585

48,0 %

10/09/2018

51,9 %





61.1 %

24/8/2018 12:36:40

51.4 %

24/8/2018 12:36:40

ADILSON MOSARF PENA DUARTE ,

HOSPITAL GERAL DE RORATMA

TR. QUEIMSON ED. FRANCIE NE

MINISTÉRIO NACIONAL DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ADILSON MOZART PERA DUARTE

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSORA
47236 SSP RR

CPF
144.673.992-91

DATA NASCIMENTO
30/07/1964

FLAÇÃO
NEWTON FERREIRA DUARTE
FRANCISCA PERA DUARTE

PERMISSÃO
A

ACC
A

CAT. HAB.
A

VALIDADE
14/03/2019

VALIDEZ
15/06/2004

Nº REGISTRO
03308774100

ORDENAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR
ADILSON MOZART PERA DUARTE

DATA DE EMISSÃO
02/04/2014

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

88069725865
RR207466726

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
860335255

PROIBIDO PLASTIFICAR
860335255

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 454 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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

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

NOME
DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LORATO DA SILVA

PERMISSÃO
ACC CAT HAB B

Nº REGISTRO
04953412311

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

Edilson Dantas Santos
Diretor - Presidente
DETRAN RR
ASSINATURA DO EMISSOR

59564648026
RR207683212

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR
905314502

DECLARAÇÃO

ARCA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Rua Bezerro, 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 a
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:
POLICIA MILITAR, POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, SAMU, CORPO DE
BOMBEIROS, GUARDA CIVIL MUNICIPAL.

Desde já autorizo a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
"DPVAT", proceder quaisquer diligências bem como investigações e 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
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Atalaia Teles, 4907 - Boa Vista - RR
Fone: (067) 3627-4190
2oficioboavista@cartorioaquino.com.br

61.889.556-2/171940
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de ADILSON MOZART PENA DUARTE

Em testemunho da verdade, RG/LC
De que deu fé, Boa Vista/RR, 13 de novembro de 2018.
Consulte este selo(s) abaixo em: cidadaoportal.com.br
REC.FIR.168296 GOEG22197980 JB66 /

Emolumentos: R\$ 2.39 Fundos ISS: R\$ 0.60 Total: R\$ 2.99

61.889
Isabella Oliveira de Aquino
Escrevente Autorizada

DECLARAÇÃO

ARCA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Rua Bezerro, 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 a
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:
POLICIA MILITAR, POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, SAMU, CORPO DE
BOMBEIROS, GUARDA CIVIL MUNICIPAL.

Desde já autorizo a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
"DPVAT", proceder quaisquer diligências bem como investigações e 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
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Atalaia Teles, 4907 - Boa Vista - RR
Fone: (77) 3627-4190
2oficioboavista@cartorioaquino.com.br

61889-5beada271940
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"ADILSON MOZART PENA DUARTE"

Em testemunho da verdade, ROLC
De que deu fé, Boa Vista/RR, 13 de novembro de 2018.
Consulte este selo(s) abaixo em: cidadaoportal.com.br
REC.FIR.168296 GOEG22197980 JB66 /

Emolumentos: R\$ 2.39 Fundos ISS: R\$ 0.60 Total: R\$ 2.99

61889
Isolina de Aquino
Escrevente Autorizada