
Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200168702

Vítima: MARCELO TEIXEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO TEIXEIRA DA SILVA

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 Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200168702 Vítima: MARCELO TEIXEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCELO TEIXEIRA DA SILVA

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

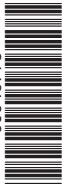
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
-----------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200168702

Vítima: MARCELO TEIXEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCELO TEIXEIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 05/10/2019, emitida pelo Dr. LUCAS ELIAS, CRM nº 2046 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

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: 72473258287 3 - CPF da vítima: MARCELO TEIXEIRA DA SILVA 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: MARCELO TEIXEIRA DA SILVA 6 - CPF: 72473258287

7 - Profissão: PEDREIRO 8 - Endereço: AV: SANTO ANTONIO 1788 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: EQUATORIAL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317320

15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 9599168367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 26539
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30/04/2020.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003461/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/01/2020 08:05 Data/Hora Fim: 24/01/2020 08:32
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 05/10/2019 17:00

Local do Fato

Município: Alto Alegre (RR)
Bairro: PASSARÃO
Logradouro: TR VICINAL SERRA DA MOÇA

Nº: LT115

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ELIDETE DOMINGOS DE SOUZA (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 03/01/1975	Idade: 45 anos
Naturalidade: PI - Itainópolis	Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Tereza Domingos de Souza		Nome do Pai: Luiz João de Souza	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 381.880.822-87
RG - Carteira de Identidade: 102380

Endereço

Município: Alto Alegre - RR
Logradouro: TR VICINAL SERRA DA MOÇA
Bairro: ZONA RURAL PASSARÃO
Telefone: (95) 99128-0755 (Celular)

Nº: LT115

Nome Civil: MARCELO TEIXEIRA DA SILVA (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 19/09/1981	Idade: 38 anos
Naturalidade: PA - Belém	Profissão: Pedreiro	Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: SHIRLEY DO SOCORRO TEIXEIRA DA SILVA			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 724.732.582-87
RG - Carteira de Identidade: 3409258

Endereço

Município: Alto Alegre - RR
Logradouro: TR VICINAL SERRA DA MOÇA

Nº: LT 115



Nº: 003461/2020

DADOS DO REGISTRO
Data/Hora Início do Registro: 24/01/2020 08:05 Data/Hora Fim: 24/01/2020 08:32
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 05/10/2019 17:00

Município: Alto Alegre (RR)
Bairro: PASSARÃO
Logradouro: TR VICINAL SERRA DA MOÇA

Nº: LT115

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Não definido

Nome Civil: ELIDETE DOMINGOS DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 03/01/1975	Idade: 45 anos
Naturalidade: PI - Itainópolis	Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Tereza Domingos de Souza		Nome do Pai: Luiz João de Souza	

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 381.880.822-87
RG - Carteira de Identidade: 102380

Município: Alto Alegre - RR
Logradouro: TR VICINAL SERRA DA MOÇA
Bairro: ZONA RURAL PASSARÃO
Telefone: (95) 99128-0755 (Celular)

Nº: LT115

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 19/09/1981	Idade: 38 anos
Naturalidade: PA - Belém	Profissão: Pedreiro	Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: SHIRLEY DO SOCORRO TEIXEIRA DA SILVA			

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 724.732.582-87
RG - Carteira de Identidade: 3409258

Município: Alto Alegre - RR
Logradouro: TR VICINAL SERRA DA MOÇA

Nº: LT 115



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003461/2020

Bairro ZONA RURAL PASSARÃO
Telefone: (95) 99176-9112 (Celular)

CEP: 69 309-168

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
CPF/CNPJ do Proprietário 573.383.022-00
Renavam 00149221347
Número do Chassi 9BGTB11NNNC129783
Cor PRETA
Município Veículo Boa Vista
Modelo GM/CHEVETTE JUNIOR
Quantidade 1 Unidade
Última Atualização Denatran 06/11/2014

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Placa NAI4987
Número do Motor 2JE21UL39730
Ano/Modelo Fabricação 1992/1992
UF Veículo Roraima
Marca/Modelo GM/CHEVETTE JUNIOR
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido
Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

MARCELO TEIXEIRA DA SILVA

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

QUE NO DIA 05/10/2019, POR VOLTA DAS 17H00MIN ESTAVAM EM SEU VEÍCULO PLACA NAI4987 TRAFEGANDO PELA VICINAL SERRA DA MOÇA QUANDO UM VEÍCULO DESCONHECIDO BATEU DE FRENTE NO SEU CARRO; QUE A DECLARANTE FRATUROU O BRAÇO; QUE SEU ESPOSO MARCELO TEIXEIRA DA SILVA, CONDUTOR DO VEÍCULO, FRATUROU A CABEÇA; QUE FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU E ENCAMINHADOS PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA-HGR; QUE NÃO SABE INFORMAR QUEM SEJA O AUTOR D ACIDENTE; QUE NÃO TEM DADOS DO OUTRO VEÍCULO ENVOLVIDO NO SINISTRO; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA NINGUÉM; QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Polícia
Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Elidete Domingos de Souza

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração q
origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação 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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 72473258287 3 - CPF da vítima: MARCELO TEIXEIRA DA SILVA 4 - Nome completo da vítima: MARCELO TEIXEIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARCELO TEIXEIRA DA SILVA 6 - CPF: 72473258287

7 - Profissão: PEDREIRO 8 - Endereço: AV: SANTO ANTONIO 9 - Número: 1788 10 - Complemento:

11 - Bairro: EQUATORIAL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317320

15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 9599168367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 26539
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30/04/2020.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4464959

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 01/2020	PERÍODO DE CONSUMO 20-DEC-19 a 22-JAN-20
CONSUMO (kWh) 1197	VENCIMENTO 10-FEB-20	TOTAL A PAGAR R\$ 969,04

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 01/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 969,04
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836500000093.690400750004.000000000539.918001200057



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4464959

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 01/2020	PERÍODO DE CONSUMO 20-DEC-19 a 22-JAN-20
CONSUMO (kWh) 1197	VENCIMENTO 10-FEB-20	TOTAL A PAGAR R\$ 969,04

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 01/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 969,04
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836500000093.690400750004.000000000539.918001200057



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº **294.316.382-15**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **MARCELO TEIXEIRA DA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o nº **724.732.582-87** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **MARCELO TEIXEIRA DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob nº **724.732.582-87**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

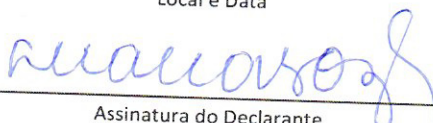
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÁ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 28/04/2020

Local e Data



Assinatura do Declarante

05/10/2019

... Guia de Atendimento 17 ...



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

NOTURNO 19-

14

1901170284 05/10/2019 19:49:20 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF 07 Prontuário

MARCELO TEIXEIRA DA SILVA 19/09/1981 38 A 0 M 16 D 131144224290001 72473258287

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

IDENTIDADE 3409258 SSP/PA 19/07/2017 M SOLTEIRO(APARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe Pai Contato

SHIRLEY DO SOCORRO TEIXEIRA DA SILVA NAO DECLARADO (95) 99137-7760

Endereço Ocupação

RUA - SANTO ANTONIO - 1788 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR FAXINEIRO

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

ACIDENTE DE CARRO URGÊNCIA

Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:

GRANDE TRAUMA SAMU CAPITAL LEANDRO

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

história em acidente automobilístico;

Carro no Carro.

Exame Físico

lesões com contusão em frnt superior em 6-7c.

- vermelhidão nos olhos vert avermelhados nos

olhos.

Hipótese Diagnóstica

Politrauma. Avaliação oftalmológica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) Difenidramina 2g (EU)

2) Tiotil 20mg (EU)

3) Atorvastatina 20mg (EU)

FEITO 21:05

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

AV. BRG. Eduardo Gomes, S/N

Novo Planalto Tel: (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou por verdadeiro

que foi apresentado neste

Condição

☒ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

Lucas Elias França

ASP DO CON MED-FAB

CRM-RR 2046

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leandro

Data Hora: 05/10/2019 19:50:41

1901170284

1/1

OFTALMOLOGIA 20.30h

~~OP~~

OP Sensação de urina em AO

Esta cópia

lucrações em Frontal, Mediana e

PS D.

SC ODV 20/20 OEV 20/20 Motilidade ocular preservada

BIOOD córnea e cristão lino transparentes. Ins tropia
olho calmo - SRCA

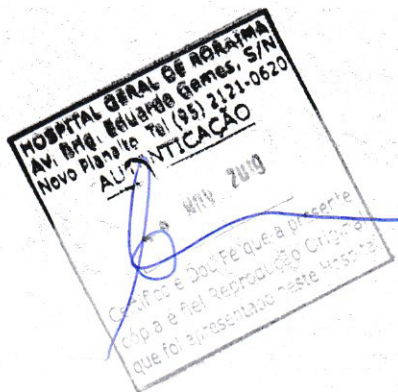
OE Desepitelização corneana inferior - olho calmo.
~~SRCA~~ SRCA. Ins tropia cristão lino transparentes
lucrações em PS sem prejuízo de função motora

FAO DO Corado, bordos nítidos, EPO, $4 \times 0,5$. Níveis de
Vasos de tração e calibres normais

AOT BD Normotensa

CD Reginal posado OE 6/6h + Seguinte oftalmologista
ambulatorial + Retorno à urgência para avaliação sutura
de lacerações em face

Dr. Marcelo Moreira
OFTALMOLOGISTA
CRM 1744 RQE 181





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



Polegar Direito



Marcelo Teixeira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Odilio Cruz Moreira

REGISTRO
GERAL

532750-4

DATA DE
EXPEDIÇÃO

19/07/2017

NOME

MARCELO TEIXEIRA DA SILVA

FILIAÇÃO

SHIRLEY DO SOCORRO TEIXEIRA DA SILVA

NATURALIDADE

BELÉM - PA

DATA DE NASCIMENTO

19/09/1981

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 121240 FLS 295 LIV A-136

BELÉM-PA

CPF

724.732.582-87

1ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do SOC

P7

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 80.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

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


CPF 294316382 - 15

Ramiro Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 POLGAR DIREITO



Luana Amorim
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131568/20

Vítima: MARCELO TEIXEIRA DA SILVA

CPF: 724.732.582-87

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 05/10/2019

Titular do CPF: MARCELO TEIXEIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

MARCELO TEIXEIRA DA SILVA : 724.732.582-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/05/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200168702 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO TEIXEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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: 3200168702 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO TEIXEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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