

Documentação de dados pessoais

<http://10.102.5.252:8888/IS4/is4/64EEA517-2E92-47D6-866C-DF0B2B011EA7.html>



## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Tânia Helena L. de Melo, portador(a) do RG nº 187049, expedido por SSP/RO, em 09/07/92, CPF/CNPJ nº 421.026.772-49,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Edilson P. Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidaz da vítima Edilson Pereira Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso Renda Mensal: R\$ Recurso

Documentos comprobatórios: Recurso

ARCADE  
10/07/2017

Tânia H. Lacerda de Melo  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

28 NOV 2017

COAF S/A  
Rua Vista - RR

Para contato com a  
Eletrobrás, informe  
este NÚMERO

000080625



SETEMBRO/2017 06/10/2017 602 410,38

EDILSON PEREIRA SILVA  
R. FRANCISCO A SILVA 400 DR. SILVIO LEITE  
CPF: 00040009360263  
CEP: 69.314-298 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.06.176000

23495	18/09/2017
22803	18/08/2017
1,000	18/10/2017
602	18/09/2017
602 FCAM	18/09/2017
NORMAL	31

RESIDENCIAL BI 2800219 N 1420925 1.1.1.2 354

AGO/17	374	CONSUMO	602 A R\$ 0,417389 =	251,26
JUL/17	270	RELIÇAO DE URGENCIA		55,13
JUN/17	350	CORRECAO MONETARIA DA IL. PUBL		0,07
MAT/17	295	DIFERENCA DE TARIFA 08/16-00		66,63
ABR/17	247	CORRECAO MONETARIA IG 08/16-00		1,31
MAR/17	267	MULTA POR ATRASO DE IL. PUBLIC		2,67
FEV/17	294	JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL		0,70
JAN/17	329	MULTA POR ATRASO (3X)		9,77
DEZ/16	438	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER		8,31
NOV/16	438	ILUMINACAO PUBLICA		14,53

TARIFA DE TRIBUTOS:  
0 A 602 - R\$ 3.392,98

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/10/2017. O não pagamento por 30 dias consecutivos levará à inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBY) P ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. / IBGE CENSO AGROPECUARIO 2017: RECEBA SEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA! LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

1A78.C550.215C.C3E2.A2AF.975F.0538.4544

86,16	251,26
114,66	17,00%
0,00	42,71
2,23	0,96
48,21	4,54

ÁREA DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO  
GOVERNADOR CARLOS LACERDA

28 NOV 2017

RECIBO SIA  
Boa Vista - RR

5,55 11,10 22,21 3,67 7,35 14,70 3,20  
0,30 1,00 0,30

FLORESTA 07/2017 38,63

ROT: 11.001.19.06.176000

0040085-8 410,38

09/2017 06/10/2017

000080625 FCAM

83670000004 2 10380075000 4 00000000040 6 08580917008 8



Tania Helena  
(95) 99,39-8405  
3224-6519



000 BOA VISTA RR  
TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO  
ANTONIO AUGUSTO MARTINS 347  
SAO FRANCISCO  
69305 270 BOA VISTA RR

00102623

Data de Postagem: 27/05/2017 Data de Vencimento: 03/04/2018



7213419170300E300000003852330270317

ÁREA DE CONTROLE  
CONTROLE DE QUALIDADE

28 NOV 2017

RECRA S/A  
Boa Vista - RR



## FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: 11 Equipe: 309 unidade Diagnóstico  
 Paciente: Edison Pereira Silva Idade: 54 Sexo: ma  
 Endereço: AV. Ataulfo de Toledo B - Cambé  
 Nº: 15035 DATA: 17/09/17 HORA: 17:47  
 Médico (a) responsável (a) Dr. (a) CRM: Dr. Assunção 17:50

Objetivo: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO



<b>AUTOMÓVEL</b> Sinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vidro <input type="checkbox"/> projetado <input type="checkbox"/> encapado Air Bag <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	<b>MOTO:</b> <u>x</u> <u>cade</u> <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão <b>BICICLETA:</b> <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	<b>VIOLÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> FAB <input checked="" type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Espionamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> "rajado" <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão física <input type="checkbox"/> Outros:
---	---	--	--

<b>Vias Aéreas</b> <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>(E)</u>	<b>Ventilação</b> <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Mucos <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Aspiratória <u>x</u> <u>Expiratória</u>	<b>Circulação</b> <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <u>x</u> <u>31A</u>	<b>Avul. Neurológica</b> <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Mose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorrécia <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorrégia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> ONV
---	--	--	--

Hora	P.A. mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>17:47</u>	<u>130/90</u>	<u>74</u>	<u>18</u>	<u>98/</u>				
Fim								

<b>Pele</b> <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<b>Cabeça</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. <input type="checkbox"/> Penetrante	<b>Face</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<b>Pescoço</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<b>Tórax</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	<b>Abdome</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Em túbua <input type="checkbox"/> Doroso <input type="checkbox"/> Evisceração
<b>Pelve</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<b>Coluna (Dorso)</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	<b>Membros</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Luxação			
<b>Ritmo Sinusal</b> <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibril	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Asistolia	<b>Respiratória</b> <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<b>Digestiva</b> <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Obstrução <input type="checkbox"/> Podiátrica <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros

☐ LESO ☐ SEVERA ☐ PEQUENA MORTE ☐ MÉDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:	<b>MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS</b> <input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:
--	---

<input type="checkbox"/> Iniciada as: <u>17:47</u> <input type="checkbox"/> Término as: <u>17:50</u> <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.:	<b>DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA</b> Nome: <u>Edison Pereira Silva</u> Data de Nascimento: <u>17/09/17</u> Assinatura: <u>Assunção</u>
--	--

192

192

192

192

<b>DESTINO</b> <input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HGSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros

<b>ERTENÇA DO PACIENTE</b>  <b>TERMO DE RECUS</b> <b>A</b>	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	

vítima das 549, colisão na box ca, encontrado ao solo em D, D 51 capote, LATE, com 5500 preservados, apresentando contusão dorsal de fê D 2, 3 cm, colemanias em mm 55, encaminhado ao GT RM 192 ciente S/A no percurso.

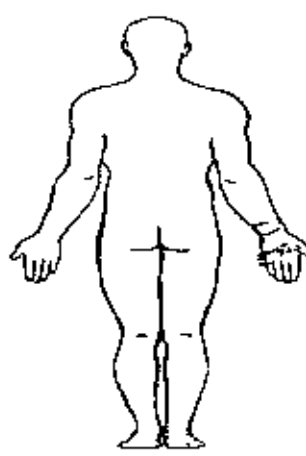
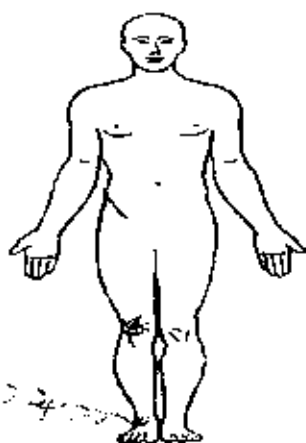
ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala				
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Resposta Respiratória (max / min)	10 - 24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 09	1	
Resposta Verbal	Orientado	Balucia	5	Resposta Motora (max / min)	0	0	
	Confuso	Choro irritado	4		> 90	4	
	Palavras inapropriadas	Choro e dor	3		70 - 89	3	
	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2		50 - 69	2	
Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1	Escala de Glasgow	01 - 49	1	
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		0	0	
	Localiza a dor	Retra ao toque	5		14 e 15	5	
	Flexão normal	Retra a dor	4		11 e 13	4	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		8 e 10	3	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		5 e 7	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		3 e 4	1	
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			

15

13

Jacqueline  
 05/05/20

05/05/20  
 11 17



#### GESTANTE

IG p/ se name: \_\_\_\_\_ Movimentos fetais: \_\_\_\_\_  
 Perda de líquido: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_  
☐ Com cartão ☐ Sem cartão

#### MATERIAL E MEDICAÇÃO

13 15/05/20



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

4005 16

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035547/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/09/2017 09:14  
Origem: Polícia Judiciária Data: 26/09/2017  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

Data/Hora Fim: 26/09/2017 09:29

DADOS DA OCORRÊNCIA



Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 17/09/2017 17:30

Local do Fato

Município: Boa Vista

Bairro: Caimbé

Logradouro: AV. ATAIDE TEIVE

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: EDILSON PEREIRA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Buritirana

Nasc: 22/06/1962

Profissão: Professor

Nome da Mãe: Maria Das Dores Pereira Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA FRANCISCO ANACLETO DA SILVA

Nº: 400

Bairro: DR. SILVIO LEITE

Telefone: (95) 99125-3527 (Celular)

DAT

28 SET 2017

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAU6057	Número do Chassi 9C2KD0810GR476165
Ano/Modelo Fabricação 2016/2016	Cor BRANCA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD	Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

Nome Envolvido	Envolvimentos
Edilson Pereira Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante EDILSON PEREIRA SILVA, CNH 03378973C31, relata que na data, hora e endereço acima descrito trafegava pela Avenida Ataíde Teive, quando um cachorro atravessou a pista vindo a causar a queda do comunicante que teve A PERNA DIREITA FRATURADA E VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. Que foi levado ao HGR pela equipe do SAMU; Que o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS

Maria Selma Melo de Almeida  
Responsável pelo Atendimento

Edilson Pereira Silva  
Comunicante

Atestado de autenticidade: Este documento é uma cópia eletrônica do original, assinado digitalmente pelo responsável pelo atendimento, e não possui validade jurídica. O original deve ser assinado e rubricado pelo responsável pelo atendimento e pelo comunicante, e deve ser entregue ao comunicante para fins de comprovação.

Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida  
Data de Impressão: 26/09/2017 09:25  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

Pe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Edilson Pereira Silva, portador da carteira de identidade nº 146584, e inscrito no CPF/MF sob o nº 600.093.602-63, residente e domiciliado na R. Francisco A. Silva, Cidade Bom Vista, Estado Roraima, 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:

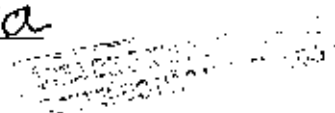
- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Edilson Pereira Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



18 NOV 2017

SECRETARIA  
DE JUSTIÇA

Bom Vista, 23/11/17

Local e data



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 400.093.602-63 CPF da vítima: 400.093.602-63 Nome completo da vítima: Edilson Pereira Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: Edilson Pereira Silva CPF titular da conta: 400.093.602-63 Profissão: Professor  
Endereço: R. Francisco A. Silva Número: 400 Complemento:  
Bairro: Da Libris Leite Cidade: Boa Vista Estado: Roraima CEP: 69.314-298  
Email: (95)99125-3527 Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

AGÊNCIA NRO. 5076 D/V 8 CONTA NRO. 54349 D/V 7  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

BANCO Nome Banco do Brasil NRO. 7

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 23 de novembro de 2017

Local e Data

Edilson Pereira Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **EDILSON PEREIRA SILVA**

Nº Sinistro: **3170639396**

Vitima: **EDILSON PEREIRA SILVA**

Data do Acidente: **17/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170639396**.

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 12064976



# PROCURAÇÃO PARTICULAR



## OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Edilson Pereira Silva  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casado  
Profissão: Professor  
Identidade: 146584 CPF: 400.093.602-63  
Endereço: R: Francisco A. Silva Bairro: Quilombo Leite  
Cidade: Boa Vista CEP: 69.314-298

## OUTORGADO (Procurador)

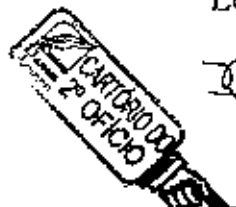
Nome: Tânia Helena Tracalossi de Melo  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada  
Profissão: Autônoma  
Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-49  
Endereço: R: Antônio Augusto Martins Bairro: João Francisco  
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Boa Vista, 03 de novembro de 2017.



Edilson Pereira Silva  
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

RECONHECIMENTO NO VERSO

17 NOV 2017

10-32

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



[JV65275] -- EDILSON PEREIRA SILVA

— Daniel Antonio de Aquino Neto - Tebelião  
— Camila Retroz - Escrevente Autorizada, MBN

At the University of Illinois,  
East Campus, August 20, 1930

REPÚBLICA FEDERATIVA  
MINISTÉRIO DAS CIDADES



Nº 012249352439

01 01103387022 2016

EDILSON PEREIRA SILVA

400.073.697-63 2016

PC2K0081000476160

HONDA/NXR160 BRUNO ESDB 2016

20/01/2016 2016

20/01/2016 2016

20/01/2016 2016

20/01/2016 2016

20/01/2016 2016

20/01/2016 2016

20/01/2016 2016

20/01/2016 2016

20/01/2016 2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE TRATAMENTO DE TRAFEGAR, CARGA, PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

Nº 012249352439 2016

400.073.697-63 2016

PC2K0081000476160

2016 01/12/2016

01 400.073.697-63 2016

01103387022 2016

2016 20/01/2016

2016 20/01/2016

2016 20/01/2016

2016 20/01/2016

2016 20/01/2016


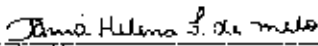
2016 20/01/2016

2016 20/01/2016

2016 20/01/2016

2016 20/01/2016



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO	
<b>NOME</b> TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO	
	<b>DOC. IDENTIFIC. / ORIG. CARTEIRA</b> 488045 SSP RJ
	<b>CPF</b> 421.026.772-49
	<b>DATA NASCIMENTO</b> 15/01/1972
	<b>RELACÃO</b> JUNELSON FRACALOSSI MARIA ANNA FRACALOSSI
<b>PERMISSÃO</b> PERMISSÃO	
<b>ACC</b> ACC	
<b>CAT. HAB.</b> AB	
<b>Nº REGISTRO</b> 02798991920	<b>VALIDADE</b> 05/12/2018
<b>EMISSÃO</b> 17/02/1993	
<b>DESTINAÇÃO</b>	
 TANIA HELENA S. DE MELO	
<b>LOCAL</b> BOA VISTA - RIO DE JANEIRO	
<b>DATA DE EMISSÃO</b> 10/12/2013	
<b>ASSINATURA DO EMISSOR</b> Sérgio Carlos Leite Secretário de Habitação DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO	
<b>32146487454</b> <b>RR207308780</b>	

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
806644383

FRONTIÇO PLASTIFICAR  
806644383

RECEBIMOS  
DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
O DOCUMENTO

28 NOV 2017

BRASIL  
RJ - RJ

Jônia Helena  
 (95) 99139-8405  
 3334. 6379



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DO ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

*Palcos Direto*

*Edilson Pereira Silva*

ASSEMBLEIA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 135584 DATA DE EMISSÃO 29/07/2016

NOME EDILSON PEREIRA SILVA

TIPO DE DOCUMENTO

JOÃO PEREIRA SILVA

MARIA DAS DORES PEREIRA SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DURITIRAMA - MA 22/06/1962

OUTROS

CERTD CAS 7000 FLS 65 LIV B-13

1 OF JOÃO LISBOA - MA

400.093.602-63 AMAPU ROCHA TRIANI

2 VIA

LEI Nº 7.716 DE 29/08/83

28 NOV 2011  
 AREA DE SEGURANÇA  
 COPIADO Nº 1