

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO =>		DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE PRONTUÁRIO
		05	14	2019	19:05	
01		NOME DO PACIENTE: VALDECIR LIMA DE ASSIS				REGISTRADO POR: Denise Ferreira
DATA NASC	Dia	Mês	Ano	Idade:	Documento de Identificação	C.P.F.
	30	08	1969	50		
Logradouro e Nº		CARTÃO DO SUS Nº (CNS):		ESTADO CIVIL:		
RUA				CASADO		
Bairro:		Município:	Estado (UF)	NACIONALIDADE:	PROFISSÃO:	
CHACARA		RLIS	RR	BRASIL		
FILIAÇÃO		PAI	MÃE			
		MARIA DE FREITAS LIMA				
02 DO ACIDENTE:						
☐ RESIDÊNCIA ☐ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO ☐ TRÂNSITO ☐ OUTROS (DESCREVER)						
03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:						
☐ TRANSPORTADO ☐ DE AMBULÂNCIA ☐ REMOVIDO ☐ OUTROS (DESCREVER)						
Outros (descrever)						
TEMP: PESO / Kg: P.A. 130 X 80 m.m.H.g.						
05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:						
PROFISSÃO		OBSERVAÇÕES				
DIA	MÊS	ANO	HORA			
			19:20			
07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:						
ESPECIALIDADE:						
RESUMO CLÍNICO: Colisão moto x moto, 41 pontos de dor em						
mão / pulso (E) + pé.						
EXAME FÍSICO: BEM, 1076, deambula com auxílio; flacidez.						
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):						
Rx de mão / pé.						
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):						
DIAGNÓSTICO: 05.370.016/0001-00						
PROVÁVEL: HOSPITAL REGIONAL SUL						
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO						
DEFINITIVO: Tratado 130.000 R						
08 DO (A) PACIENTE: B-174 - Km 488						
REMOVIDO (A) PARA: CEP 69.370-370						
INTERNADO NO (A): RORAINÓPOLIS						

Óbito
Antes do primeiro atendimento? () Sim () Não.

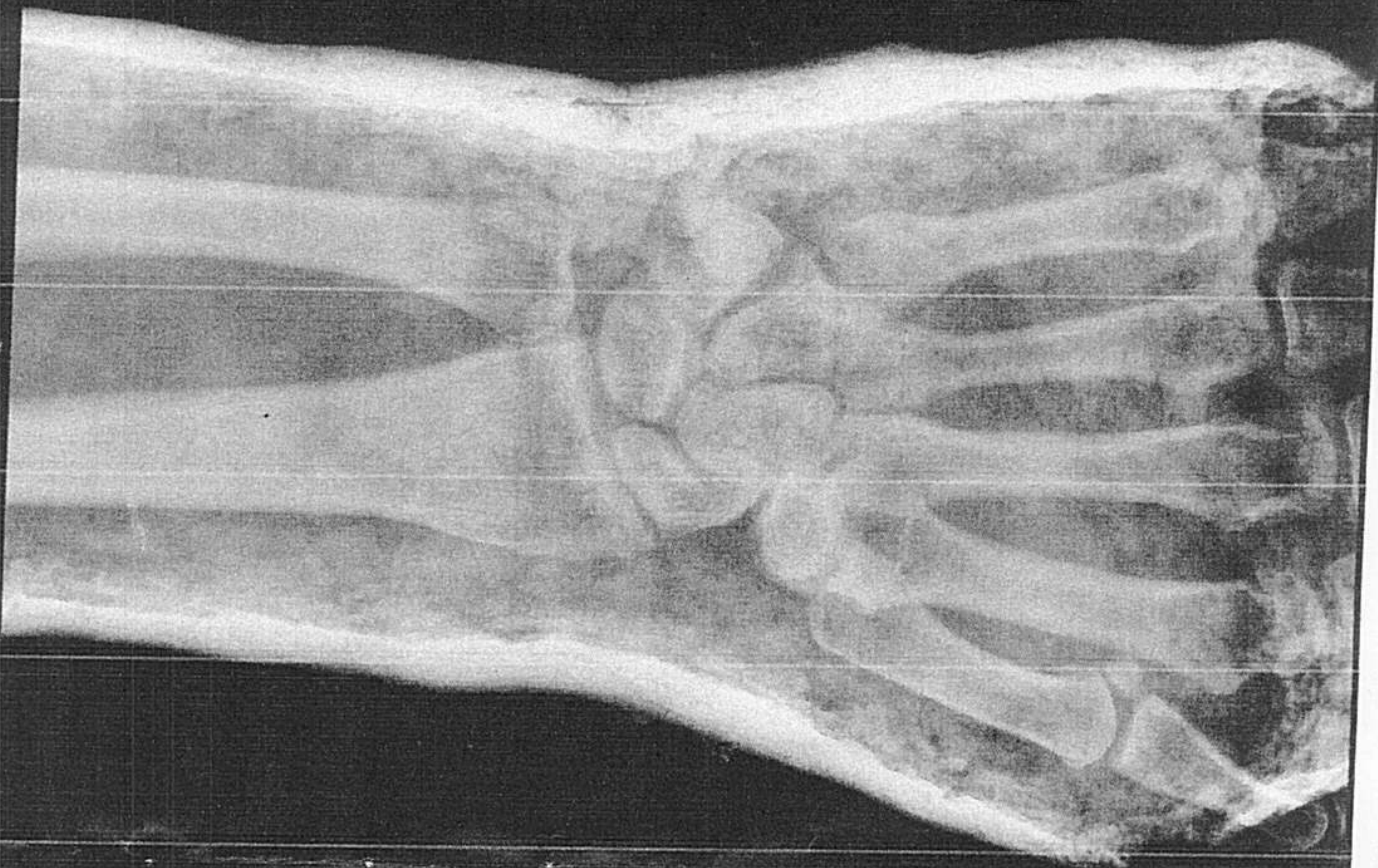
Destino: () Família () IML.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Rubrica do Medico

Marília C. Chaves
Médica
CRM-RR 1677

E



14.11.14
Tamb. real

VALDECIR LIMA DE ASSIS

HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
06/11/2019

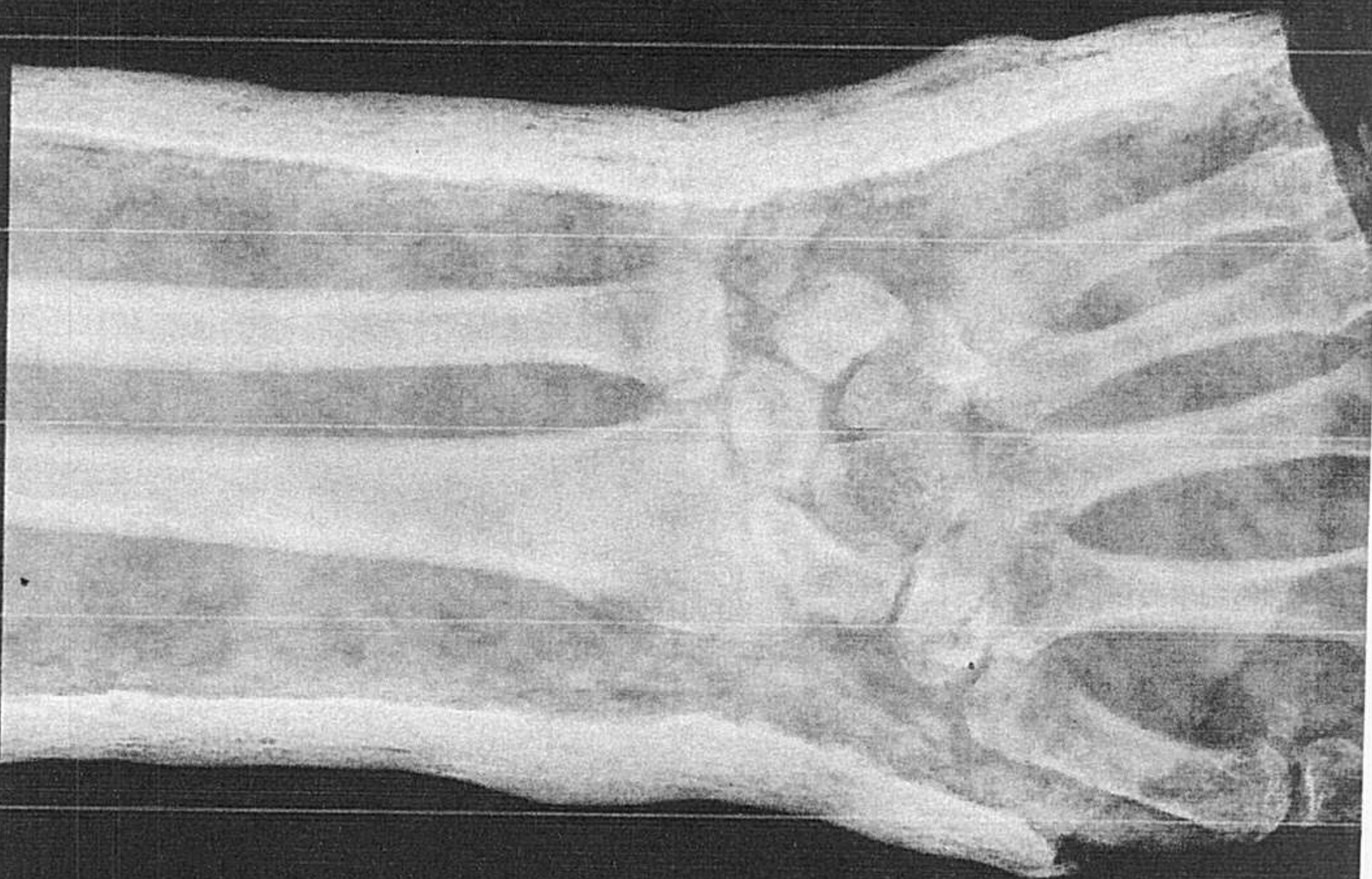
51367
Masculino

14.11.14

30/08/1969
DR. CARLOS EDUARDO

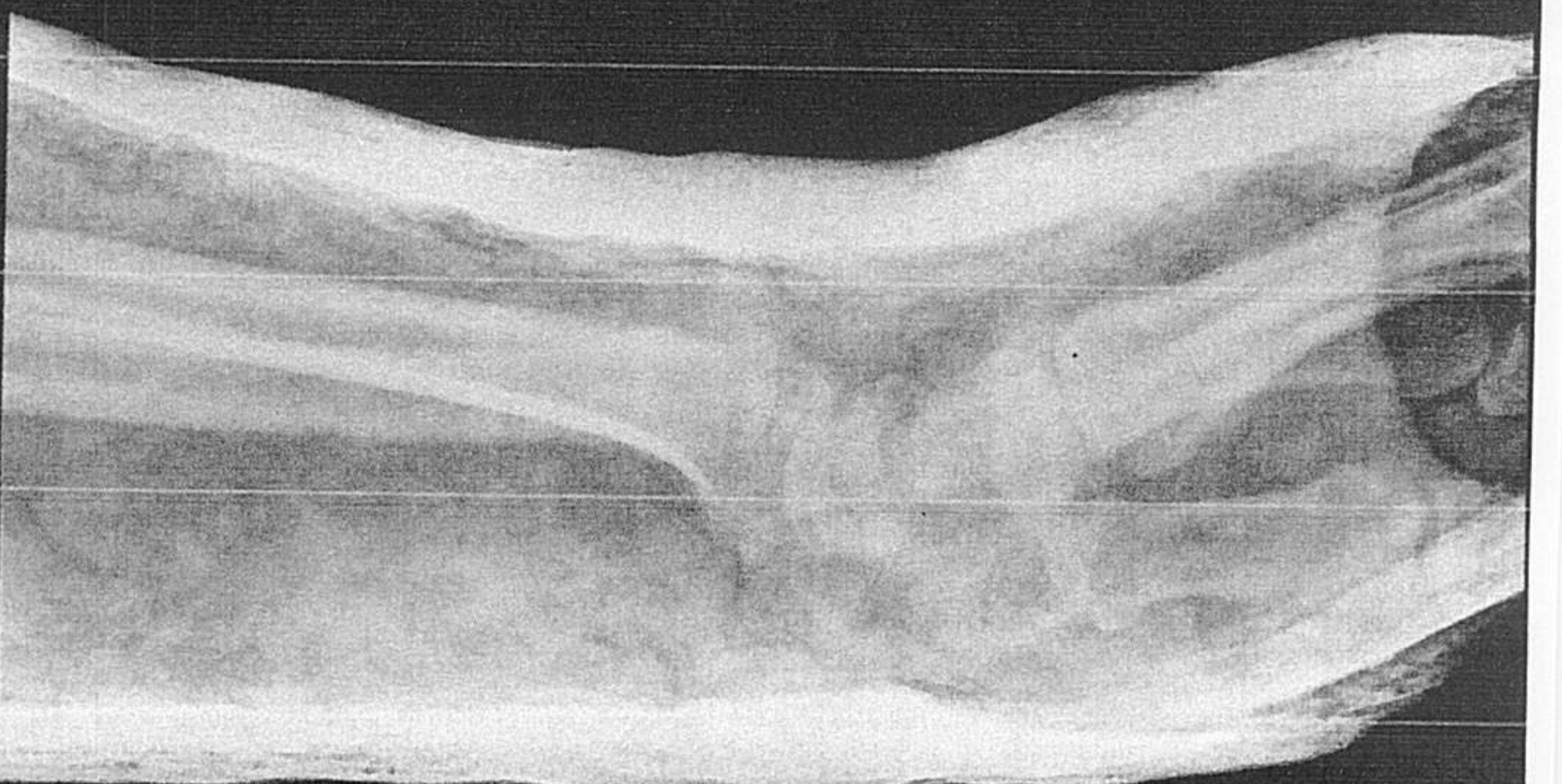


Tamb. real



10.23.15

Tam. real

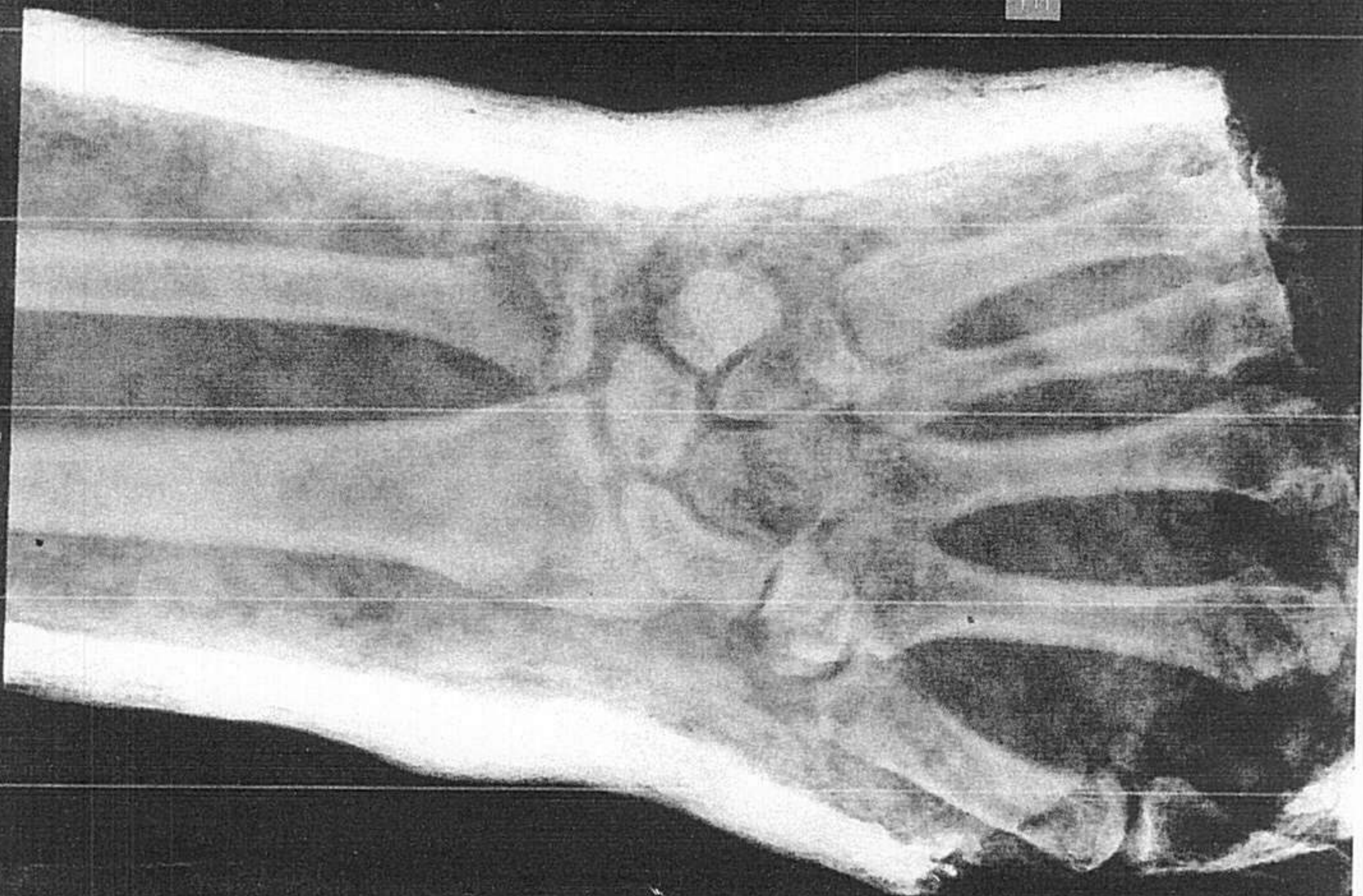


10.23.15

Tam. real

VALDECIR LIMA DE ASSIS
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
25/12/2019

52826
Masculino
30/08/1969
DR. GUSTAVO



E

10.16.18

Tam. real



10.16.18

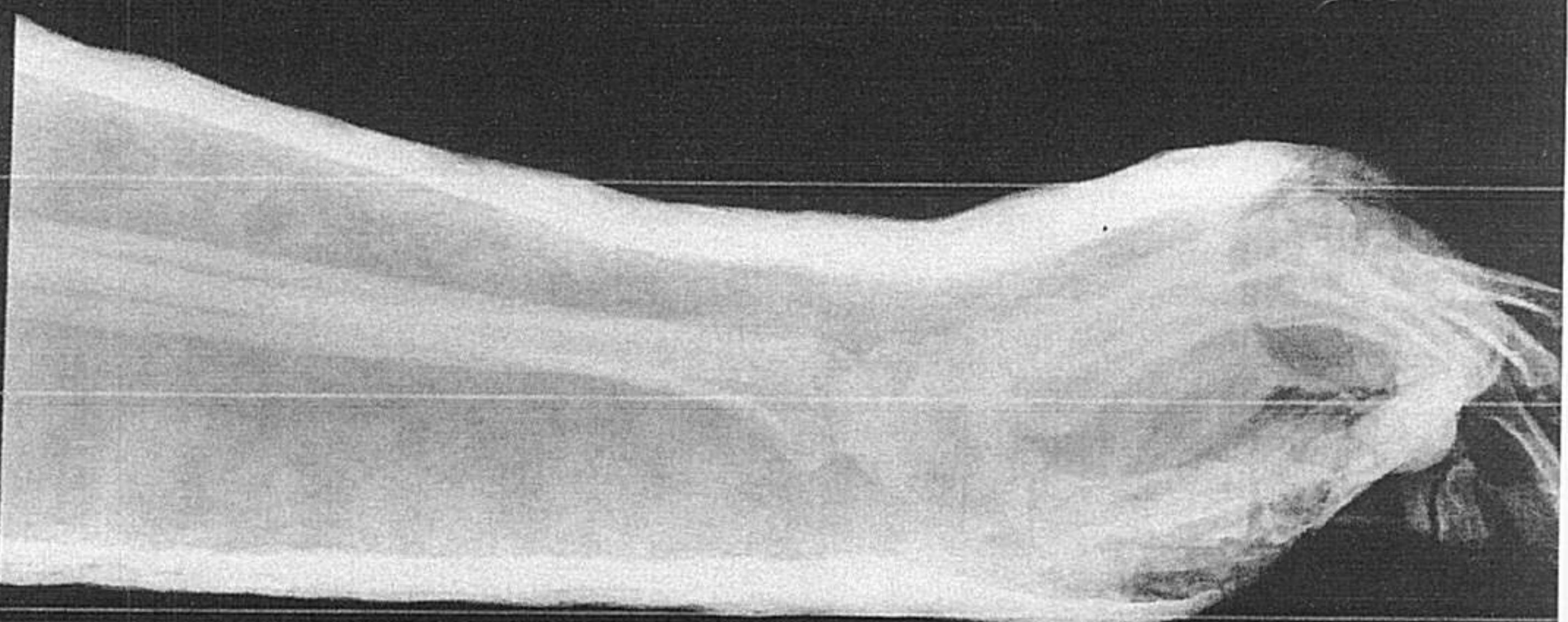
30/08/1969

51808

Masculino

TR SILVA KASLUINARA

VALDECIR LIMA DE ASSIS
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
20/11/2019

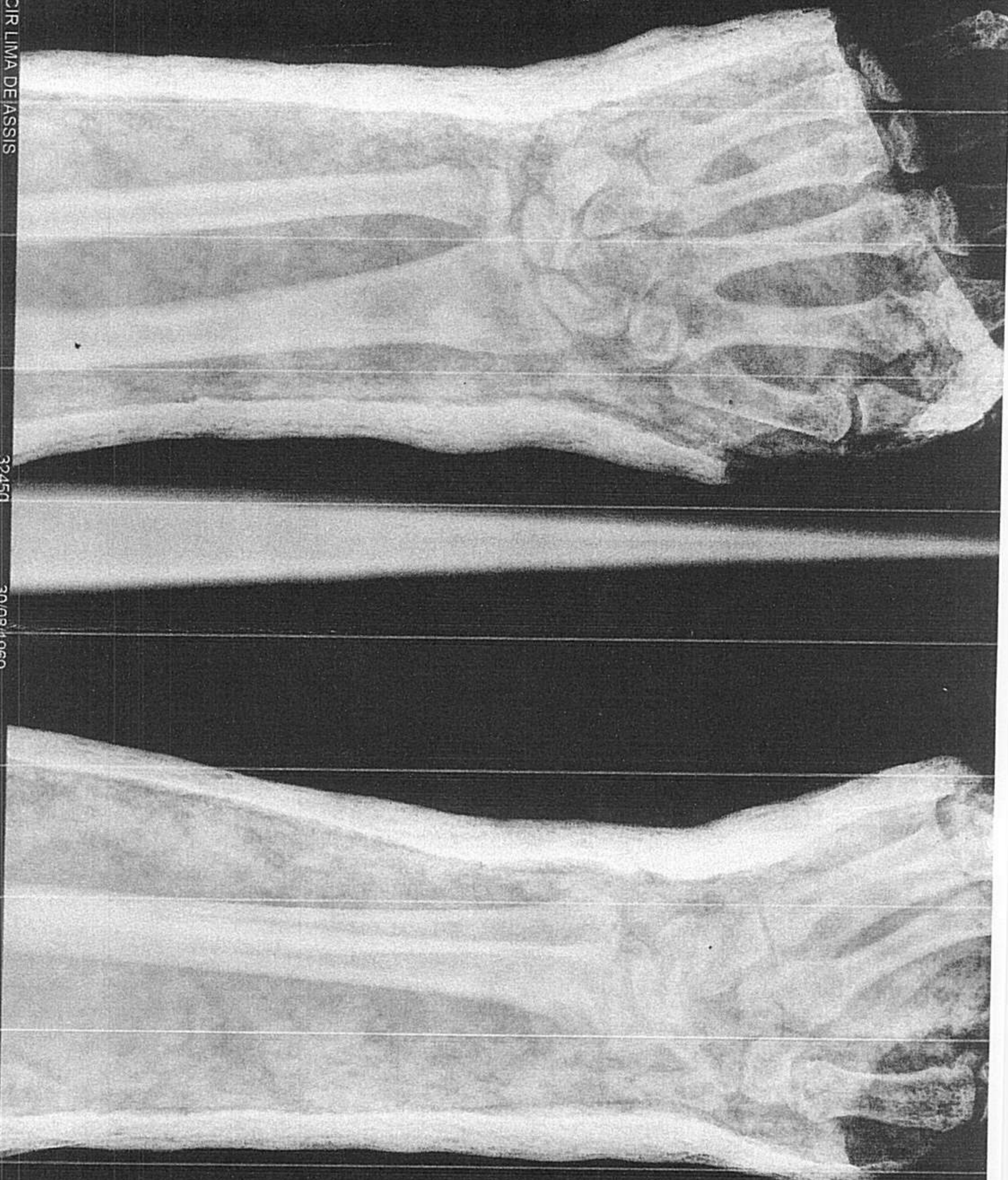


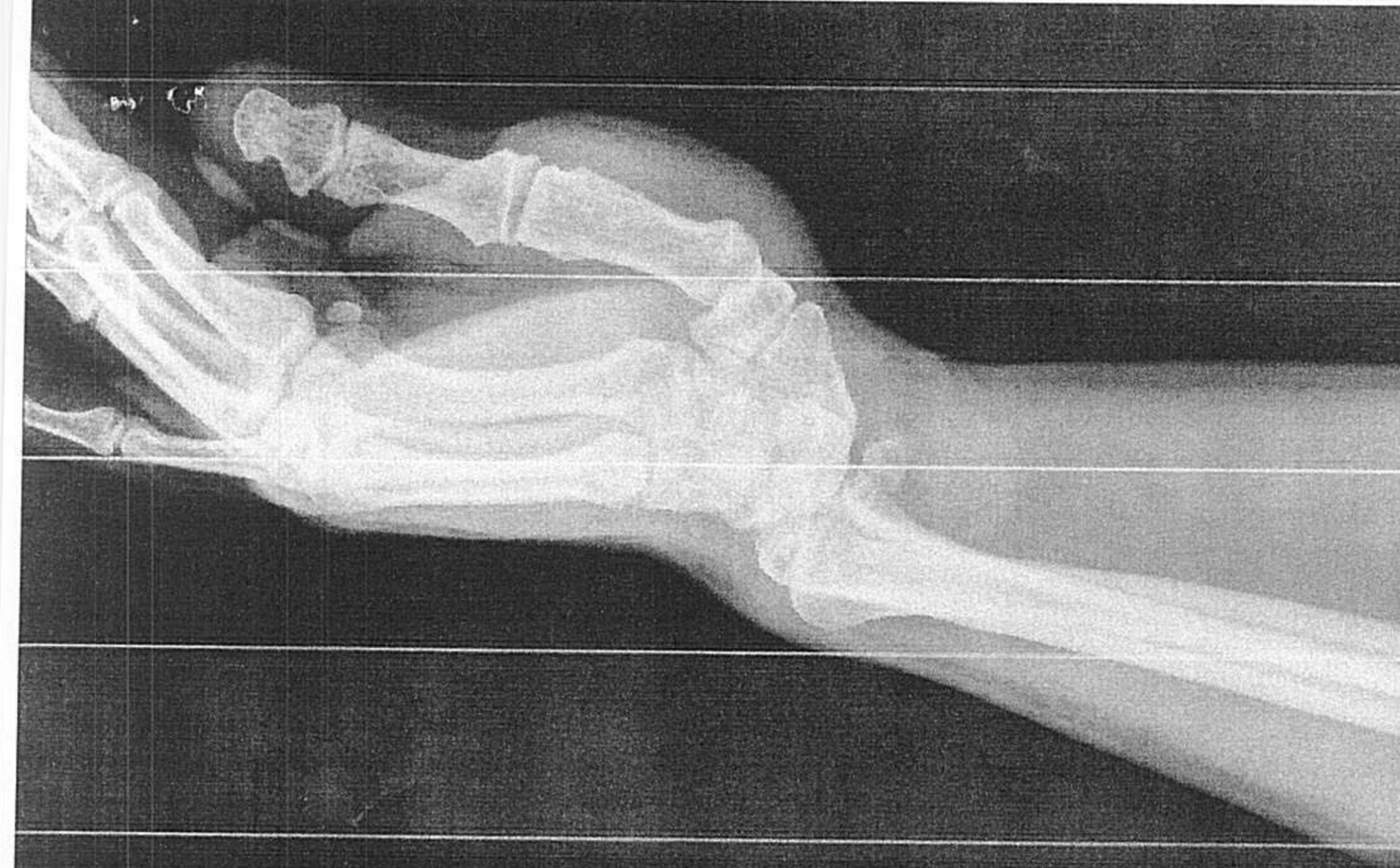
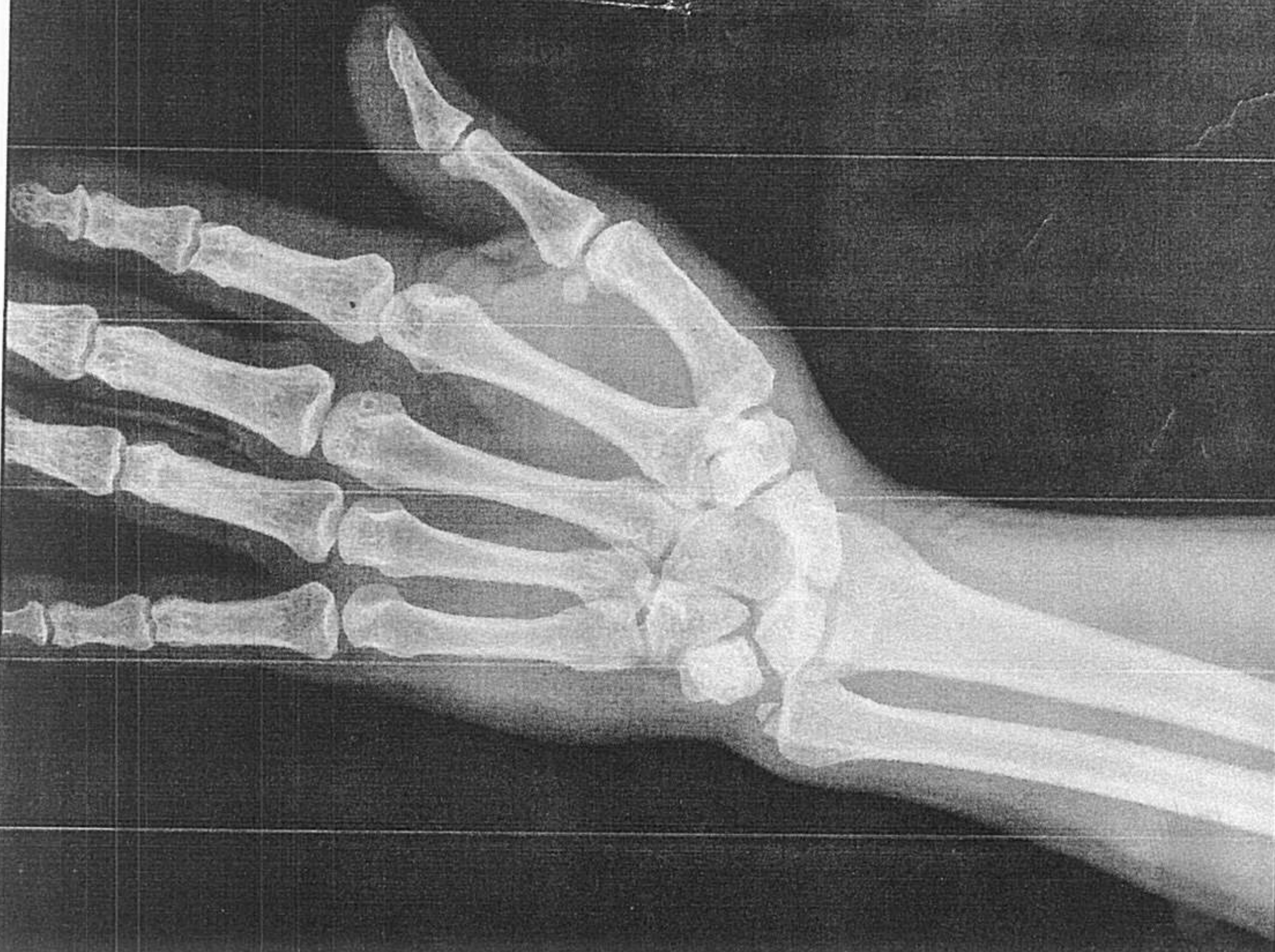
61,5%

VALDECIR LIMA DE ASSIS
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
11/12/2019

32450
Masculino
10:08:49

30/08/1969
TR OLIVEIRA ERINALDO
400





VALDECIR LIMA DE ASSIS

HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO

05/11/2019

51354

Masculino

19:30:12

30/08/1969

TR OLIVEIRA ERINALDO

400

E

08.17.43

VALDECIR LIMA DE ASSIS
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
06/01/2020

85,5 %

53097
Masculino

08.17.43
30/08/1969
TR SILVA KASLUINARA

85,5 %

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 980131278	NOME FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF 148994 SSP RR
	CPF 606.934.792-72
	DATA NASCIMENTO 23/12/1976
	FILIAÇÃO JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO JURACY SOUSA DO NASCIMENTO
	PERMISSÃO AB
	ACC AB
	CAT. HAB AB
	Nº REGISTRO 01101996953
	VALIDADE 14/01/2020
	1ª HABILITAÇÃO 17/12/1999
OBSERVAÇÕES	
	
ASSINATURA DO PORTADOR	
PROIBIDO PLASTIFICAR 980131278	LOCAL BOA VISTA - RORAIMA
	DATA DE EMISSÃO 15/01/2015
	10964911290 RR207911720
	JUSCELINO KURTSCHEK PEREIRA DIRETOR PRESIDENTE
	ASSINATURA DO EMISSOR
DETRAN-RR (RORAIMA)	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	

PROIBIDO PLASTIFICAR

980179009

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

980179009

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

NOME
VALDECIR LIMA DE ASSIS



Doc. de habilitação / Data de emissão
79458 SSF PE

CPF
382.821.432-00

Data de nascimento
30/08/1969

FUNÇÃO
ANTONIO DE ASSIS

MARIA DE FREITAS LIMA

ID
01101895279

VALIDADE
28/02/2020

Validação
15/12/1999

Assinatura



Valdecir Lima de Assis

Assinatura do Portador

LOCAL
RUA VISTA - NOBATA

Data de emissão
26/02/2015

Valdecir Lima de Assis

60186646311
RG 208018735

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172662/20

Vítima: VALDECIR LIMA DE ASSIS

Data do acidente: 05/11/2019

CPF: 382.821.432-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDECIR LIMA DE ASSIS

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

VALDECIR LIMA DE ASSIS : 382.821.432-00

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: 22/06/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200222819 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDECIR LIMA DE ASSIS **Data do acidente:** 05/11/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM: P2 À 7

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Valdecir Lima de Assis, brasileiro(a) estado civil Divorciado, profissão: professor, portador(a) da cédula de identidade CIRG nº 79458 e inscrito no CPF/MF nº 382.821.432-00, residente e domiciliado na Rua das Iguararas, nº 910, Bairro: João de Barro, município de: Rorainópolis/RR, Tel. 99510-8854, E-mail: _____.

OUTORGADO: Francisca Sousa Do Nascimento, brasileira, solteira, portadora do RG nº 148.994 SSP/RR e inscrito no CPF nº 606.934.792-72, residente e domiciliada na Rua: Capela, LT: 402, nº 402, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-492, município de Boa Vista-RR

PODERES ESPECIAIS: a **OUTORGADA** para Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizado ao outorgado.

Boa vista 05 de Fevereiro de 2020



Valdecir Lima de Assis

OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172662/20

Vítima: VALDECIR LIMA DE ASSIS

CPF: 382.821.432-00

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 05/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDECIR LIMA DE ASSIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

VALDECIR LIMA DE ASSIS : 382.821.432-00

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: 22/06/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200222819

Vítima: VALDECIR LIMA DE ASSIS

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDECIR LIMA DE ASSIS

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, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200222819

Vítima: VALDECIR LIMA DE ASSIS

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALDECIR LIMA DE ASSIS

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.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 05/11/2019, emitido pelo Dr. MARILIA C.CHAVES CRM nº 1677 - RR, da Instituição HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo 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: 3 - CPF da vítima: 382.821.432-00 4 - Nome completo da vítima: Valdeir Lima de Assis

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

5 - Nome completo: Valdeir Lima de Assis 6 - CPF: 382.821.432-00
7 - Profissão: Professor 8 - Endereço: Rua Angra Vermelha, 00: 30, LT: 20 9 - Número: 900 10 - Complemento:
11 - Bairro: Park Amazonia 12 - Cidade: Roraimópolis 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.373-000
15 - E-mail: franciscosousa@hotmacl.com 16 - Tel.(DDD): 195199131-1149

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:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Do Brasil (ou)
AGÊNCIA: 3783 4 CONTA: 20.956 2
(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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresão 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 382.821.432-00 4 - Nome completo da vítima: Valdeir Lima de Assis

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

5 - Nome completo: Valdeir Lima de Assis 6 - CPF: 382.821.432-00
7 - Profissão: Professor 8 - Endereço: Rua Angra Vermelha, 00: 30, LT: 20 9 - Número: 900 10 - Complemento:
11 - Bairro: Park Amazonia 12 - Cidade: Roraimópolis 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.373-000
15 - E-mail: franciscosousa@hotmacl.com 16 - Tel.(DDD): 195199131-1149

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:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Do Brasil (ou)
AGÊNCIA: 3783 4 CONTA: 20.956 2
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 (ou nascos)? ☐ 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,

+ Valdeir Lima de Assis

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE RORAINÓPOLIS - RORAINÓPOLIS - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005358/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/02/2020 08:49 Data/Hora Fim: 05/02/2020 10:06
Origem: Polícia Judiciária Nº do Documento: B.O 142-2020 Data: 05/02/2020
Delegado de Polícia: Cid Guimaraes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Rorainópolis

Data/Hora do Fato: 05/11/2019 18:50

Local do Fato

Município: Rorainópolis (RR)

Bairro: ZONA RURAL DE RORAINÓPOLIS-RR

Logradouro: VCINAL 36; KM10; PRÓXIMO DO RESTAURANTE DA ALEGRIA DO Sr. Nº: S/N

Complemento: ESTRADA

Ponto de Referência: PRÓXIMO DO RESTAURANTE DO Sr. VALENTI

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Outro(s)

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

Endereço

Município: Rorainópolis - RR

Nome Civil: VALDECIR LIMA DE ASSIS (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 50 anos

Naturalidade: MA - Timbiras

Profissão: Professor de Educação Física Escolaridade: Ensino Superior Completo

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Maria de Freitas Lima

Nome do Pai: Antonio de Assis

Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 382.821.432-00

Endereço

Município: Rorainópolis - RR

Logradouro: RUA: DAS CHÁCARAS

Nº: S/N

Complemento: CASA

Bairro: JOÃO DE BARRO

Telefone: (95) 9110-8854 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição MOTOCICLETA SEM INFORMAÇÃO

Placa PJ

Delegado de Polícia Civil: Cid Guimaraes da Silva
Impresso por: Jacy Cruz Cavalcante
Data de Impressão: 05/02/2020 10:07
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Tabionato de Notas e Protestos de Rorainópolis-RR
ETIQUETA NO VERSO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE RORAINÓPOLIS - RORAINÓPOLIS - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005358/2020

Renavam PJ

Número do Chassi PJ

Número da Carroceria PJ

Marca/Modelo PJ

Quantidade 1 Unidade

Número do Motor PJ

Número do Lacre PJ

Cor PJ

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado, chegou ao conhecimento dessa Delegacia de Polícia Civil o Cidadão acima Qualificado para nos informa que estava conduzindo sua MOTOCICLETA DA MARCA HONDA; MODELO CG150 CC START; DE ANO 2015/2015; DE COR PRETA; DE PLACA NUI9023; DE CHASSI 9C2KC1670FR503790; RENAVAM Nº 01043685526; DE PROPRIEDADE DE VALDECIR LIMA DE ASSIS; estava a conduzir a referida MOTOCICLETA descrita na data do dia 05/11/2019 por volta das 19hs aproximadamente, pelo percurso saindo da VICINAL 36, KM 10 sentido BR-174, segundo o mesmo teria saído da ESCOLA ESTADUAL PROFº DARCI RIBEIRO DE 1º E 2º GRAU; localizada a VILA MODERNA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ DO ANAUÁ-RR. que na referida KILOMETRAGEM NA VICINAL 36 NO KM 10, segundo o Comunicante/Vítima percebeu de último instante que adentrou a pista da VICINAL 36, UM CIDADÃO CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA QUE A VÍTIMA NÃO SOUBE INFORMA QUEM ERA E NEM QUE MARCA E MODELO ERA A MOTOCICLETA E NÃO CONSEGUIU PEGA A PLACA DA MESMA SEGUNDO O MESMO, QUE DEVIDO ISSO A VÍTIMA NÃO PODE DESVIA DA REFERIDA MOTOCICLETA E VEIO A COLIDIR COM A MESMA, LHE CAUSANDO UMA FRATURA NA SUA MÃO ESQUERDA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO COMO UM CORTE NO ROSTO E UMA PANCADA DEVIDO A QUEDA NAS COSTAS, QUE O REFERIDO B.O É PARA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT. ERA O QUE TINHA A COMUNICAR.

ASSINATURAS

Jacy Cruz Cavalcante

Agente de Polícia
Matrícula 043002906

Responsável pelo Atendimento

Valdecir Lima de Assis

(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 que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

(INTIMADO - 01/02/2020 AS 09:30 hs)

CARTÓRIO
DE NOTAS PROTESTOS
E REGISTRO CIVIL

tabrorainopolis@gmail.com 55 95 3238.2068
Rua Pedro Daniel da Silva, 1825 - Centro
Rorainópolis-RR - CEP: 69.373-000

AUTENTICAÇÃO
Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é verdade e dou fé. Rorainópolis - RR, 05 de fevereiro de 2020.
SELO TJRR: RECFIR168113RAE70E29WY69Y407, Total: R\$ 4,50.
Emolumentos: R\$ 2,45, FECOM: R\$ 0,10, FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,10,
FUNDEJURR: R\$ 0,25, ISS: R\$ 0,10, Selo: R\$ 1,50, Consulte em
<https://cidadao.portalselorr.com.br>
LUCAS TERCIO FORTALEZA TAVARES - Escrevente Autorizado

Lucas Tercio F. Tavares
Escrevente Autorizado
Rorainópolis-RR

CARTÓRIO
DE NOTAS PROTESTOS
E REGISTRO CIVIL

tabrorainopolis@gmail.com 55 95 3238.2068
Rua Pedro Daniel da Silva, 1825 - Centro
Rorainópolis-RR - CEP: 69.373-000

AUTENTICAÇÃO
Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é verdade e dou fé. Rorainópolis - RR, 05 de fevereiro de 2020.
SELO TJRR: RECFIR168113RAE70E29WY69Y407, Total: R\$ 4,50.
Emolumentos: R\$ 2,45, FECOM: R\$ 0,10, FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,10,
FUNDEJURR: R\$ 0,25, ISS: R\$ 0,10, Selo: R\$ 1,50, Consulte em
<https://cidadao.portalselorr.com.br>
LUCAS TERCIO FORTALEZA TAVARES - Escrevente Autorizado

Lucas Tercio F. Tavares
Escrevente Autorizado
Rorainópolis-RR

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 382.821.432-00 4 - Nome completo da vítima: Valdeir Lima de Assis

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

5 - Nome completo: Valdeir Lima de Assis 6 - CPF: 382.821.432-00
7 - Profissão: Professor 8 - Endereço: Rua Angra Vermelha, 00: 30, LT: 20 9 - Número: 900 10 - Complemento:
11 - Bairro: Park Amazonia 12 - Cidade: Roraimópolis 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.373-000
15 - E-mail: franciscosousa@hotmacl.com 16 - Tel.(DDD): 195199131-1149

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:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Do Brasil (ou)
AGÊNCIA: 3783 4 CONTA: 20.956 2
(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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresão 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 382.821.432-00 4 - Nome completo da vítima: Valdeir Lima de Assis

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

5 - Nome completo: Valdeir Lima de Assis 6 - CPF: 382.821.432-00
7 - Profissão: Professor 8 - Endereço: Rua Angra Vermelha, 00: 30, LT: 20 9 - Número: 900 10 - Complemento:
11 - Bairro: Park Amazonia 12 - Cidade: Roraimópolis 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.373-000
15 - E-mail: franciscosousa@hotmacl.com 16 - Tel.(DDD): 195199131-1149

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:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Do Brasil (ou)
AGÊNCIA: 3783 4 CONTA: 20.956 2
(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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresão 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,
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 5305979

VALDECIR LIMA DE ASSIS

R. ARARA VERMELHA, 900 , QD 30 LT20

PARK AMAZONIA

69373000 RORAINOPOLIS

RR

CÓDIGO ÚNICO 1418696	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 30-APR-20 a 29-MAY-20
CONSUMO (kWh) 415	VENCIMENTO 16-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 312,76

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 1418696	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 312,76
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836100000030.127600750005.000000001412.869605200052



**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: 5163769

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

R. CAPELLA, 882 , LT 402

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1040650	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 13-APR-20 a 12-MAY-20
CONSUMO (kWh) 514	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 978,85

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 1040650	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 978,85
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836100000097.788500750005.000000001040.065005200053



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisca Sousa do Nascimento

inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.934.792 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Valdeir Lima de Assis inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.821.432 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Valdeir Lima de Assis

inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.821.432 / 00, 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: Capella, LT: 402	Número:	882	Complemento:	
Bairro:	Cidade Satélite	Cidade:	Boa Vista	Estado:	RR
E-mail:	franciscasnascimento@hotmail.com			CEP:	69.317-492
				Tel.(DDD):	(95) 99131-1149

Local e Data: Boa Vista - RR, 15 de Junho de 2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante