

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200202892 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. PÁG 12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO DIREITO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Rosana Souza de Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteira
PROFISSÃO: Professora RG: 229.126
CPF: 987.391.752-04 ENDEREÇO: Av: Carlos Pereira de Melo
BAIRRO: Cambu CIDADE: Bom Vista
CEP: 69.312-212

VÍTIMA: _____
CPF: _____ DATA DO SINISTRO: 25/02/19
NATUREZA: Invalidez

OUTORGADA :

NOME: Tônia Helena Fracalossi de Melo
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 488049 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RO
DATA DE EMISSÃO: 09/07/92
Nº CPF: 421.026.772-49
ENDEREÇO: R: Antônio Augusto Martins, nº 347

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Bom Vista, 13 de março de 2019

Rosana Souza de Oliveira
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Bom Vista - RR

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Bom Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alvaro Torres, 480F - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (93) 3627-4126
Oficio@boavista2cartorioaquino.com.br

93585.5c801b23f68c
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA"

Em testemunho da verdade, SSP
De que sou T. Bom Vista/RR, 16 de março de 2019.
Consulte o(s) valor(s) abaixo em cidades.portalsterr.com.br
RECPIR166296NCPW77A96TOLE193 /

Emolumentos: R\$ 3.95 Fundos ISS: R\$ 0.55 Total: R\$ 4.50

93-585
Lidiane Silva Lopes
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0157697/20

Vítima: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

CPF: 987.391.742-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO : 421.026.772-49

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

ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA : 987.391.742-04

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: 04/06/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190560404 Data da solicitação: 25/09/19
Nome do beneficiário: Rosana Souza de Oliveira CPF do beneficiário: 987.391.742-04
Nome do solicitante: Jânia Helen Tracalossi de Melo CPF do solicitante: 421.026.772-49

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 99139-8405 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☐ Outros: _____

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

O processo foi negado porque a vítima
estava em tratamento
O tratamento já acabou.

Bom Vista, 01/06/2020
Local e Data

Rosana Souza de Oliveira

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0157697/20

Vítima: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

CPF: 987.391.742-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/02/2019

Titular do CPF: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO : 421.026.772-49

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

ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA : 987.391.742-04

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: 04/06/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200202892 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. PÁG 12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1747870879

TANIA SELENA FRACALOSSE DE MELO

DOC. IDENTIFIC. (CPF, EMISSORAS)
489049 452/RO

CPF
421.026.172-49

DATA NASCIMENTO
15/01/1972

PERFIL
JUNIELSON FRACALOSSE
MARIA ANNA FRACALOSSE

PERMISSAO
ACC
CAT. HABILITACAO
AB

Nº REGISTRO
02798991920

VALIDADE
04/12/2023

P. HABILITACAO
17/02/1993

RESERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSAO
06/12/2018

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

48826851446
RR209948647

RORAIMA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2018

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



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2013

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Celso João Bezerra, 444 - Boa Vista - RS

Diagnóstico 12. Mar

Paciente & Vítima de trauma contuso
Ponto ① para qual o mal. S. M.
refere fratura no braço na 2ª articulação
no dor e edema e deformidade no braço ①
Radiografia do braço esquerdo no braço ①
2.1) fratura do braço ①
2.2) anel + lamina + p. de b. b. b.

Fulminação

Dr. Odiaschi Okeny
Médico Responsável
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15.104

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 A 11.11 2014
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cristiano Buarque 424 - Jd. São João - SP

15.11.14

F

Mto. 27.02.19

ISSUE

SISTEMA DE
UNIDADE DO
SAÚDE

MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1995

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DO LAUDO SOLICITANTE

2 - NOME DO FÁRMACIO/ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - CATEGORIA

4 - CATEGORIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO

7 - NOME DO PAI DO RESPONSÁVEL

8 - ENDEREÇO COMPLETO DO PACIENTE

9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

10 - DATA DE NASCIMENTO

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - CID

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

13 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

Pct. vítima de acidente automobilístico

APR. DE SINTOMAS - OUVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Branco, 100 - Fátima - RJ

14 - CONTIÚO DO LAUDO PARA INTERNAÇÃO

Exame físico + Rx

15 - SÍNTESE RESUMIDA DAS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Exame físico + Rx

16 - DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME

17 - ENDEREÇO DO LAUDO PARA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

20 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

21 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

23 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

24 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

26 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

27 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

29 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

30 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

32 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico + Rx

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - DATA DE SOLICITAÇÃO

34 - NOME DO SOLICITANTE

35 - NOME DO SOLICITANTE

36 - NOME DO SOLICITANTE

37 - NOME DO SOLICITANTE

38 - NOME DO SOLICITANTE

39 - NOME DO SOLICITANTE

40 - NOME DO SOLICITANTE

41 - NOME DO SOLICITANTE

42 - NOME DO SOLICITANTE

43 - NOME DO SOLICITANTE

44 - NOME DO SOLICITANTE

45 - NOME DO SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO RESPONSÁVEL

47 - NOME DO RESPONSÁVEL

48 - NOME DO RESPONSÁVEL

49 - NOME DO RESPONSÁVEL

50 - NOME DO RESPONSÁVEL

51 - NOME DO RESPONSÁVEL

52 - NOME DO RESPONSÁVEL

0308010019
5621 1068
V299

A-64



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DII		DN	
PACIENTE		Roberto S. do Amaral			
DIAGNÓSTICO		FA. Periton. D.			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		EITO		DATA	23/04/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIFTA ORAL LIVRE				S/O
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h				
4	TII A11L 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 7ML EV 6/6h S/N				S/O
6	BRAMAL 100MG + SF 0.9% 500ml LV OU 0.1mg(2gotas) VO 6/6h SE DOR INTENSA				S/O
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/O
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h				S/O
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/O
10	SSV + CCGG 8/8 h				S/O
12	CAPTOPRIL 25MG VO SF PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				S/O
14	CURATIVO DIÁRIO				S/O
15	Folicin 500 mg VO 6/6h				S/O
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-240: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI F OU GLICOSE < 70 GL/ML, GLICOSE 50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Au bloco para programação cirúrgica

Regulado
para leito
19.2
transição interna

62/A

23:23
PA 114/72
D 86

ÁREA DE REGISTROS - DPM
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S/A

SINAIS VITAIS	PA	FR	FC	TX
6 H	103x77	81		40.2
12 H				
18 H	104x66	22	93	36.3
24 H				

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA



Paciente do Inférmeiro em

Prontuário nº 1

Versão 3.0

Data de Atualização: 02/2013

Atualizado: 12/2018

Tratamento de Verificações

Paciente

HCR

Léxico

Roberta Souza de Oliveira
Data: 26/02/2019

Localização



Região MSD

Cranio I (X) II ()

Fisiologia

☐ pp III IV V 99 ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☒ Trauma ☐ Fratura ☐ Tumor ☐ Infecção



Região

Cranio I () II ()

☐ pp III IV V 99 ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma ☐ Fratura ☐ Tumor ☐ Infecção

Aparência do

Leito

Pele Periférica

Tipo de Exame

Quantidade de

Exame

Seleção de

Limpeza

Cobertura

Cirurgia

Linha

Profissional que

realizou

Procedimento

Observações

Não existe necessidade de
 troca de cateterismo

Assinatura
 do Profissional

Assinatura
 do Profissional

AREA DE ENFERMAGEM - 09/09/2019
 CONHECIDO NÃO VERIFICADO

09/09/2019

GENTE GERENCIADORA

09/09/2019

06 de 10 Paciente medicado CPM, afeto os SSV



25/2/1971

1051%

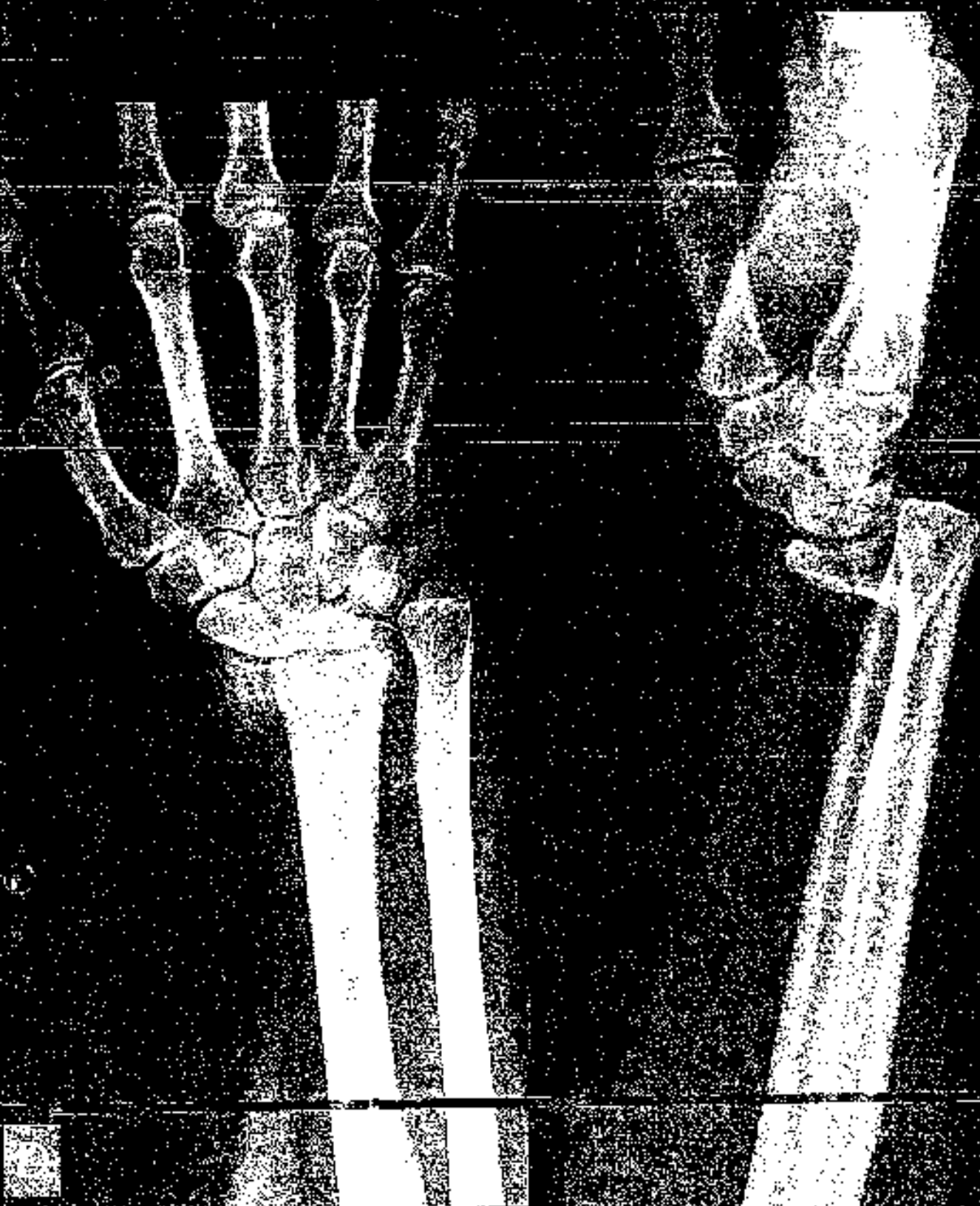
25/2/1971

ROSA RDSANA SOUZA DE OLIVEIRA

HOSPITAL GERAL DE LORANIMA

TR. ONT. RES. V. ED. ROSANIGI, LA





ROSANA SOUZA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. AURORA/ED. ROSANGELA



SANA SOUZA DE OLIVEIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

DR. MARCIO ED. ROSANGELA



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTOK RORAIMA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELENAO



RECEITUÁRIO

NOME: Rosana Adega de Almeida

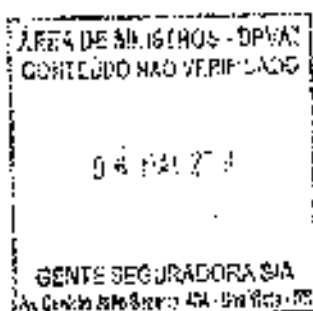
Exento Medica

Paciente com diagnóstico de
fratura de antebraço (D),
requerendo programação cirúrgica

DATA 27/03/19

Dr. M. dos Anjos Aguiar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13558/ROR

Av. Brigadier Eduardo Gomes, 5308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx68) 2121 0811





GOVERNO DE RORAIMA
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME Rodana S. Oliveira

- Ponto e set para
um pulso @, fiz
Tratamento curativo.

- Atualizado e registo
numerosos - FST.

registo para um

A.D.M. pulso @.

DATA 22.5.20

(PNE)

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA

Rua Coronel Pinto 636 - Centro Boa Vista RR

CEP: 69.301.150 - CNPJ 84.013.408/0001-98

Telefone: 2121.7474

Assinatura e Carimbo

Dr. David M. P. Dias
CRM 114.114
GRAT. 114

vivo

Nº da Conta: 0367721053
Mês de referência: 03/2019
Período: 06/02/2019 a 05/03/2019
Data de emissão: 07/03/2019

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0016-49

Vencimento
21/03/2019

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 494 - Boa Vista - RR

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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?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 COAF³.

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 Tânia Helena Fracalossi de Melo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Rosana Souza de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 987.391.742 / 04
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rosana Souza de Oliveira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 987.391.742 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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: <u>R: Antônio Augusto Martins</u>	Número: <u>347</u>	Complemento:
Bairro: <u>São Francisco</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	CEP: <u>69.305-270</u>
E-mail: <u>rosana_medeira@hotmail.com</u>	Estado: <u>RR</u>	Tel.(DDD): <u>95) 99139-8405</u>

Local e Data: Boa Vista, 30/04/19

Tânia Helena Fracalossi de Melo
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR



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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012789/2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 484 - Boa Vista - RR

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/04/2019 12:03 Data/Hora Fim: 26/04/2019 12:19
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 26/04/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 25/02/2019 10:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Av: Carlos Pereira de Melo

Bairro: Jardim Floresta

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 08/09/1988

Profissão: Professor

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Rosilda Pereira de Souza

Nome do Pai: Sebastião Messias de Oliveira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 229126

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av: Carlos Pereira de Melo

Bairro: Caimbé

Nº: 2173

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante vem a este DP para informar que NÃO é habilitada, e que na data e hora acima informado, conduzia a motocicleta Honda NXR 150 Bros ES, chassi 9C2KD0550B5539417, RENAVAM 00283949775, ano/modelo 2011/2011, placa NAM-0162, que se encontra em nome de Gisely Oliveira da Silva, pela avenida Carlos Pereira de Melo, sentido Centro, quando teve sua preferência fechada por um indivíduo que dirigia uma Ford F-250. Que não sabe informar o nome do condutor do veículo, sabendo apenas informar que, tanto o veículo quanto o condutor, eram de origem estrangeira (venezuelana). Que a comunicante foi levada ao HGR por terceiros, onde passou por procedimentos médicos. Que este B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012789/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento

Rosana Souza de Oliveira
Rosana Souza de Oliveira
(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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

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

DAT

Jorge Fernando Paiva Figueiredo

Delegado de Polícia Civil: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Data de Impressão: 29/04/2019 08:28
Protocolo nº: 012789/2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR



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: 3190560404 3 - CPF da vítima: 987.391.742-04 4 - Nome completo da vítima: Rosana Souza de Oliveira

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

5 - Nome completo: Rosana Souza de Oliveira 6 - CPF: 987.391.742-04
7 - Profissão: Professora 8 - Endereço: Av. Carlos Pereira de Melo 9 - Número: 2173 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Caimbé 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-212
15 - E-mail: 95/49170-7109 16 - Tel. (DDD): 95/49170-7109

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 ☐ 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: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 5780 0 CONTA: 9758 0
(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

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, Boa Vista, 01/06/2020

Rosana Souza de Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio H. L. de Melo
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF 001.1007/2010

Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0088146-5

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 002137009

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	26/01/2019	50	65,47

JOSE TAVARES DIAS
AV CARLOS P MELO 2173 B CAIMBE
CPF: 00038244799234
CEP: 69.312-212 - BOA VISTA

ROT: 26.001.14.06.105017

DADOS DA LEITURA			KWh		kVarh		DADOS DA LEITURA	
Atual:		6251					Atual:	11/01/2019
Anterior:		6207					Anterior:	11/12/2018
Constante de Multiplicação:		1,000					Próxima Leitura:	11/02/2019
Consumo Medido:		44					Emissão:	10/01/2019
Consumo Faturado:		50			FCAM		Apresentação:	11/01/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Médo 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB09249N	1508740	1.1.1.2	106

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
DEZ/18	36	CONSUMO	50 A R\$ 0,796948 = 39,84
NOV/18	103	CORRECAO MONETARIA DA 11/18-00	0,07
OUT/18	23	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00	0,63
SET/18	9	MULTA POR ATRASO DE I 11/18-00	0,94
AGO/18	9	JUROS DE MORA POR ATR 11/18-00	0,16
JUL/18	33	MULTA POR ATRASO 11/18-00	1,34
JUN/18	132	JUROS DE MORA DE IMPO 11/18-00	0,71
MAI/18	192	ILUMINACAO PUBLICA	21,78
ABR/18	233		
MAR/18	228		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 50 - 0,634620			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Camilo Joffe Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

MENSAGENS IMPORTANTES - REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade
12/2018	74,03	Unidade de consumo

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA
CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA
RORAIMA ENERGIA.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO CA30.B9A5.36DC.54A3.105C.0C25.1D05.81CC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	9,83	Base de Cálculo:	39,84
Energia:	20,83	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	6,77
Encargos:	1,08	Valor do PIS:	0,23
Tributos:	8,10	Valor do COFINS:	1,10

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice de Continuidade	8,85	Índice de Continuidade	17,70	Índice de Continuidade	35,40	Índice de Continuidade	8,46
Índice de Continuidade	16,92	Índice de Continuidade	33,84	Índice de Continuidade	4,82	Índice de Continuidade	7,00
Índice de Continuidade	25,01	Índice de Continuidade	24,03	Índice de Continuidade	11/2018	Índice de Continuidade	27,00

GAR - R\$
47

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: 3190560404 3 - CPF da vítima: 987.391.742-04 4 - Nome completo da vítima: Rosana Souza de Oliveira

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

5 - Nome completo: Rosana Souza de Oliveira 6 - CPF: 987.391.742-04
7 - Profissão: Professora 8 - Endereço: Av. Carlos Pereira de Melo 9 - Número: 2173 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Caimbé 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-212
15 - E-mail: 95/49170-7109 16 - Tel. (DDD): 95/49170-7109

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 ☐ 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)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 5780 0 CONTA: 9758 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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

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, Boa Vista, 01/06/2020

Rosana Souza de Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio H. L. de Melo
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF: 001.10007/2010

TESTEMUNHAS

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200202892

Vítima: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000005780-0

Conta: 000009758-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200202892

Vítima: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 000000009758-6

Nr. da Autenticação 678AF5AADD4DC6F0

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Rosana Souza de Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteira
PROFISSÃO: Professora RG: 229.146
CPF: 987.391.742-04 ENDEREÇO: R: Carlos Pereira de Melo
BAIRRO: Cambu CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.312-212

VÍTIMA: _____
CPF: _____
NATUREZA: Invalidez DATA DO SINISTRO: 25/02/19

OUTORGADA :

NOME: Âmia Helena Tracalossi de Melo
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 488049 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RO
DATA DE EMISSÃO: 09/07/92
Nº CPF: 421.026.432-49
ENDEREÇO: R: Antônio Augusto Martins, nº 347

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista 13 de março de 20 19

Rosana Souza de Oliveira
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Un. Capital João Batista, 484 - Boa Vista - RS

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião Registrador
Av. Brasil, 484 - Boa Vista - RS, 91.100-000
Fone: (51) 3087.1111
E-mail: daniel.aquino@cartorio2boavista.rs.gov.br

93585 5c8d01b2358c
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA"

Em testemunho da verdade, SSP
De que deu fé, Boa Vista-RS, 16 de março de 2019.
Consulte este selo(s) online em: cartorio2boavista.rs.gov.br
REC/R168296N/CW77A96TCL5183/

Emolumentos: R\$ 3,95 Fundos ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 4,50

93585
Lidiane Silva Lopes
Escritor Autorizada

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: 3190308740 3 - CPF da vítima: 987.391.742-04 4 - Nome completo da vítima: Barbara Souza de Oliveira

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

5 - Nome completo: Barbara Souza de Oliveira 6 - CPF: 987.391.742-04
7 - Profissão: Desenvolvedora 8 - Endereço: Av. Carlos Pereira de Melo 9 - Número: 2173 10 - Complemento:
11 - Bairro: Camaleão 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-212
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 95/99170-7109

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 ☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (vencido)? ☐ 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 - Imagem digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, 24/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Rosana Souza de Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteira
PROFISSÃO: Professora RG: 229.126
CPF: 987.391.752-04 ENDEREÇO: Av: Carlos Pereira de Melo
BAIRRO: Cambu CIDADE: Bom Vista
CEP: 69.312-212

VÍTIMA:

CPF:

NATUREZA: Invalidez

DATA DO SINISTRO: 25/02/19

OUTORGADA :

NOME: Tônia Helena Fracalossi de Melo
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO:
Nº DO RG: 488049 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RO
DATA DE EMISSÃO: 09/07/92
Nº CPF: 421.026.772-49
ENDEREÇO: R: Antônio Augusto Martins, nº 347

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Bom Vista, 13 de março de 2019

Rosana Souza de Oliveira
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Bom Vista - RR

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Bom Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Escriba
Av. Alvaro Teixeira, 480F - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (93) 3627-4126
Email: daniel@cartorio2ooficio.com.br

93585.5c801b23f68c
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

Em testemunho da verdade, SSP
De que sou Tit. Bom Vista/RR, 16 de março de 2019.
Consulte o(a) valor(s) abaixo em cartorio2ooficio.com.br
RECPIR166296NCPW77A96TOLE193 /

Emolumentos: R\$ 3.95 Fundos ISS: R\$ 0.55 Total: R\$ 4.50

93-585
Lidiane Silva Lopes
Escrivente Autorizada



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013746604345
VIA 01 COD. RENAVAM 00283949775 RENTR 2018 EXERCÍCIO 2018

NOME
GISELLY OLIVEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ
534.275.722-34

PLACA
NAM0162

PLACA ANT./UR

CHASSI
9C2KD0550BR539417

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2011

CAP/POT/CIL

2P/0149CC/

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC. COTAS

PAGO

PAGO

1ª *****

FAIXA L.P.V.A.

PARCELAMENTO/COTAS

2ª *****

** PAGO COTA UNICA **

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

R\$0,7 R\$185,5 08/03/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROB SAIR DA AM
AZ OCID DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

Antonio Francisco Beserra Marques

BOA VISTA - Diretor Presidente
DETRAN-RR

DATA
07/06/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013746604345 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 07/06/2018
VIA 01 CPF / CNPJ 534.275.722-34 PLACA NAM0162

RENAVAM 00283949775 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES
ANO FAB. 2011 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KD0550BR539417

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$81.29	DETRAN (R\$) R\$9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15	IOF (R\$) R\$0.7	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) R\$185.5
☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO 08/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

0137466043
20060615

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Assis Brasil, 4207 - Assis Brasil - Boa Vista/RR
Fone: (93) 3627-4192
daniel.aquino@cartorioaquirino.com.br
9248750910b7edcd
AUTENTICAÇÃO. Confira com o documento original apresentado. 92487
Em testemunho da verdade. LFS
Boa Vista/RR, 13 de março de 2019
Consuta o(s) selo(s) abaixo em: cidadesaoportalseiorr.com.br
RECIR168296DQIVJTSJC3AUTP18
Emolumento: R\$ 2.45 Fundos ISS: R\$ 0.55 Total: R\$ 3.00
Thalita Oliveira de Aquino
Escritor Autorizada

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

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



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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1747870879



SOBRE NOME: **TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO**
 DOC. IDENTIDADE (CPF, EMISSOR): **488049 452 / RJ**
 CPF: **421.026.172-49** DATA NASCIMENTO: **15/01/1972**
 PARENTES: **JUNIELSON FRACALOSSI**
MARIA ANNA FRACALOSSI
 PERMISSÃO: **AB** ACC: **AB** CAT. HABIL: **AB**
 Nº REGISTRO: **02798991920** VALOR DE: **04/12/2023** P. HABILITAÇÃO: **17/02/1993**
 OBSERVAÇÕES:

PROIBIDO PLASTIFICAR
1747870879


 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **BOA VISTA, RR** DATA DE EMISSÃO: **06/12/2018**
 ASSINATURA DO EMISSOR: **ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES** **48826851446**
DETRAN-RR **RR209948647**
RORAIMA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2011

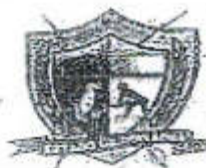
GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RR



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2013

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



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

3190308740

NOME: Pedro Souza de Oliveira

LAUDO MEDICO

Presente com fratura do radius distal direito,
em uso de tal gesso oito polegadas.



Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1615 / RQE: 624

DATA 23/06/19

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

**GOVERNO
DO POVO**

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/DOCORIGINAL.ASPX?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 COAF³.

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 Tânia Helena Fracalossi de Melo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rosana Souza de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 987.391.742 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rosana Souza de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 987.391.742 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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: <u>R: Antônio Augusto Martins</u>	Número: <u>347</u>	Complemento:
Bairro: <u>São Francisco</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>rosana_medeira@hotmail.com</u>		CEP: <u>69.305-270</u>
		Tel.(DDD): <u>95) 99139-8405</u>

Local e Data: Boa Vista, 30/04/19

Tânia Helena Fracalossi de Melo
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Carlos João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

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

Eu, GISELY OLIVEIRA DA SILVA,
RG nº 330262-8, data de expedição 1/1/,
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 534.275.722-34
com domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
RODRIGUES, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Carlos Pereira da Mota, nº 2170,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA, cujo o condutor era
Rosana Juracy da Oliveira.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda NXR150 Ano: 2011/2011
Placa: NAM0162 Chassi: 9F2KDO5503R539412
Data do Acidente: 25/02/19

Local e Data: BOA VISTA 14 de março 2019

Giselly Oliveira da Silva
Assinatura do Declarante

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

190107/347	25/02/2019 10:35:58	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	5
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPT	Prontuário
ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA		08/09/1988	30 A 5 M 17 D	702403546515223	98739174204	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	229126	SSP/RR	28/06/2000	F	SOLTEIRO(A) INDÍGENA	BOA VISTA - RR
Mãe	ROSILDA PEREIRA DE SOUZA		Pai		SEBASTIAO MESSIAS DE OLIVEIRA	
Endereço	RUA - COMUNIDADE SERRA DA MOCA - SN - - BOA VISTA - RR		Contato		(95) 36231-034	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		Tipo de Chogada	Procedimento Sol.	Peso	Pressão
Setor	DEMANDA ESPONTANEA		Registrado por		FRANCILENE SILVA	
GRANDE TRAUMA			Queixa Principal		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue	

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) h

Portante vítima de acidente de motocicleta
c/ trauma em punho D

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

(X) RAIOS-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS

PRESCRIÇÃO

Digamma 2 g @ 12h - 35

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

Intervenção

Conduta

() Alta por Decisão Médica
() Alta a Pedido
() Alta a Revelia
() Transferência para

óbito

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () Int. Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: francilene.silva
Data Hora: 25/02/2019 10:36:33

Elias Carlos Sousa
Médico Cirurgião
CRM-RR 4103

25/02/2019
Carimbo e Assinatura do Médico
Carimbo e Assinatura do Médico
Carimbo e Assinatura do Médico

Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0088146-5

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 002137009

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	26/01/2019	50	65,47

JOSE TAVARES DIAS
AV CARLOS P MELO 2173 B CAIMBE
CPF: 00038244799234
CEP: 69.312-212 - BOA VISTA

ROT: 26.001.14.06.105017

CEP: 09.312-211		CNPJ: 09.312.211/0001-00		DATA DE EMISSÃO: 10/01/2019	
DADOS DA LEITURA		KWh	kVarh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	6251			Atual:	11/01/2019
Anterior:	6207			Anterior:	11/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	11/02/2019
Consumo Medido:	44			Emissão:	10/01/2019
Consumo Faturado:	50		FCAM	Apresentação:	11/01/2019

Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB09249N	1508740	1.1.1.2	106

HISTÓRICO KWH	CONSUMO	50 A R\$ 0,796948 =	39,84
Mês/ano consumo			
DEZ/18	36		0,07
NOV/18	103		0,63
OUT/18	23		0,94
SET/18	9		0,16
AGO/18	9		1,34
JUL/18	33		0,71
JUN/18	132		21,78
MAI/18	192		
ABR/18	233		
MAR/18	228		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 50 - 0,634620			

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade
12/2018	74,03	

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA
CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA
RORAIMA ENERGIA.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO CA30.B9A5.36DC.54A3.105C.0C25.1D05.81CC

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 9,83	Base de Cálculo: 39,84
Energia: 20,83	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 6,77
Encargos: 1,08	Valor do PIS: 0,23
Tributos: 8,10	Valor do COFINS: 1,10

INDICADORES DE CONTINUIDADE
8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
25,01 7,00 24,03
11/2018 27,00

GAR - R\$

47

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
0 5 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Camilo Joffe Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nome completo: Rosana Souza de Oliveira
 Profissão: Professora
 Bairro: Carmel
 E-mail: _____

CPF: 987.391.742-04
 Número: 2173
 CEP: 09.312-212
 (11) (0000): (95) 99170-7109

Nome completo da vítima: Rosana Souza de Oliveira
 CPF: 987.391.742-04
 Número: 2173
 CEP: 09.312-212
 (11) (0000): (95) 99170-7109

Endereço: C/ Carlos Pereira de Melo
 Cidade: Boa Vista
 Estado: Roraima

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

RENDAMENSAL:
☒ DECLARO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$9.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPEANCA (Somente para beneficiários no Brasil - taxa 0,2%)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (taxa 0,1%)
 Nome do BANCO: Banco do Brasil
 Agência: 5780 0 Conta: 9758 0

Autorizo a Seguradora Lider a utilizar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso da Seguradora DPVAT a que eu tiver direito, renunciando o dando, desde já e sem efeito a posteriori a qualquer ação de crédito, quitação total ou parcial, incluindo a de juros e correção monetária.

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 de Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do período.

Pela presente declaro, solicito o reconhecimento da análise da minha condição de invalidez permanente, com base no diagnóstico apresentado, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as costas da Seguradora Lider para verificação da existência e duração da invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme a Lei 6.194/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de indenização, sendo a avaliação médica e a decisão em direito de caberem à Seguradora DPVAT.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascidos (ou nascendo)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esta declaração de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e não se envolverem em litígios, estando o cliente, ainda, no caso que quer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Boa Vista 30/04/19

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiária (declarante): Rosana Souza de Oliveira

Assinatura do Promotor (ou holder): Tânia Heliana L. Melo

Assinatura do Representante Legal (ou holder): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiária não habilitado deve ser assistido por outra pessoa habilitada, ou capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a declarar a veracidade do conteúdo e a não se envolver em litígios. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.