

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200255220

Vítima: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 03/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200255220

Vítima: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 03/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

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

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

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 04/04/2020, emitido pelo Dr. LAEL DOS SANTOS DA SILVA CRM nº 2015 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, 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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: 736.485.822-91 Alexsandro de Araújo Silveira		

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	Alexsandro de Araújo Silveira		6 - CPF:	736.485.822-91	
7 - Profissão:	Motorista	8 - Endereço:	Rua: Foz do Iguaçu	9 - Número:	924
11 - Bairro:	Equatorial	12 - Cidade:	Bonito	13 - Estado:	PR
15 - E-mail:	franckcavalcante@hotmail.com		14 - CEP:	69.317-330	
			16 - Tel.(DDD):	(65) 99131-1149	

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 4252	CONTA: 0000 8084 9	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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

<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deu à luz/nascituro (vá nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

NAO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, Bonito - PR, 17 de Setembro de 2020. Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012887/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/04/2020 00:44 Data/Hora Fim: 04/04/2020 01:09
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 018199 Data: 03/04/2020
Delegado de Polícia: Eliane Gonçalves

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central
Data/Hora do Fato: 03/04/2020 21:51

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Raiar do Sol
Logradouro: ESTRELA DALVA COM MONTE SINAI

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 30/09/1980 Idade: 39 anos
Naturalidade:MA - Imperatriz Profissão: Motorista
Estado Civil:União Estável
Nome da Mãe: Maria Lucia de Araujo Silva Nome do Pai: Antonio Noqueira da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 232602

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Genézio Alcimiro Lopes Nº 361 Bairro: Sen. Hélio Nº: 361
Bairro: senador helio campos

Nome Civil: JEFFERSON JAIRO DA SILVA PINTO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 22/07/1992 Idade: 27 anos
Naturalidade:MA - Vitorino Freire Profissão: Repcionista
Estado Civil:Solteiro(a)
Nome da Mãe: Adelia da Silva Pinto Nome do Pai: João de Jesus Lisboa Pinto

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 007.784.982-55

RG - Carteira de Identidade: 272564

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Monte Sinai Nº 261/1, Bairro: Raiar do Sol Nº: 261
Complemento:/1
Bairro: raiar do sol



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012887/2020

Nome Civil: FRANCISCO GLEISON FARIAS RODRIGUES (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 47 anos
Profissão: Policial Militar

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 196863

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: CLEITO RAMOS DE SOUZA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 37 anos
Profissão: Policial Militar

Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 204554

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 07.976.147/0022-95

Placa QUF9496

Renavam 01197645788

Número do Motor 552680237326826

Número do Chassi 9BD358A4NLYJ74347

Ano/Modelo Fabricação 2020/2019

Número da Carroceria 76200260

Cor PRETA

UF Veículo Minas Gerais

Município Veículo Belo Horizonte

Marca/Modelo FIAT/ARGO DRIVE 1.0

Modelo FIAT/ARGO DRIVE 1.0

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 08/07/2019

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
-----------------------	----------------------

Jefferson Jairo da Silva Pinto

Possuidor

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 736.485.822-91

Placa NAV3540

Renavam 00944440800

Número do Motor E381E-078667

Número do Chassi 9C6KE091080051714

Ano/Modelo Fabricação 2008/2007

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo YAMAHA/YBR 125E

Modelo YAMAHA/YBR 125E

Veículo Adulterado? Não



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012887/2020

Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização Denatran	16/11/2010	Situação do Veículo	REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido			Envolvimentos
Alexsandro de Araujo Silva			Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Fomos acionados via CIOPS para atendimento de acidente de trânsito no endereço supracitado envolvendo carro e moto com vítima no local. Deslocamos imediatamente e constatamos a veracidade onde no local se encontrava o Item 01, Sr Alexsandro caído com um corte profundo na perna esquerda. Feito contato com o SAMU que compareceu e realizou os primeiros socorros e o encaminhou ao Hospital Geral de Roraima.

Em contato com o Item 02, Sr Jefferson, o mesmo informou que seguia com seu carro FIAT ARGO DRIVE de placa QUF-9496 na rua Estrela Dalva sentido BR 174 e que se distraiu ao verificar que logo atrás de seu veículo vinha uma viatura da PM com o giro ligado e não observou a motocicleta que seguia sentido contrário, e que ao realizar uma conversão à esquerda entrou na frente da motocicleta vindo a colidir. Segundo o Item 01, o mesmo informou que tentou desviar do carro, mas não conseguiu parar sua motocicleta, YAMAHA YBR 125 de placa NAV-3540. Foi verificado que o veículo Fiat estar com as taxas em dia e foi liberado no local para o Sr Jefferson. Já a motocicleta apresenta o último licenciamento do ano de 2018 e foi realizado os procedimentos administrativos e encaminhada ao pátio do DETRAN-RR.

Informo ainda que o veículo FIAT sofreu dano no para-choque dianteiro, capô e farol esquerdo. E a motocicleta sofreu danos em toda sua parte dianteira, câmbio, estribos, retrovisores e carenagens. A perícia foi acionada e realizada pelo perito Lisandro Freitas.

Apresento o Sr Jefferson Jairo da Silva Pinto para as demais providências.

ASSINATURAS

Rodrigo da Silva Sabini

Agente de Polícia
Matrícula 42000494
Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR DE RORAIMA

(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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
736.485.822-91 **Alexsandro de Araújo Silveira**

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

5 - Nome completo:	Alexsandro de Araújo Silveira		6 - CPF:	736.485.822-91
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Rua: Foz do Iguaçu	9 - Número:	924
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Bonito	13 - Estado:	PR
15 - E-mail:	14 - CEP:			69.317-330
16 - Tel.(DDD): (65) 99131-1149				

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **4252**

CONTA: **0000 8084 9**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deu à luz/nascituro (vá nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Bonito - PR, 17 de Setembro de 2020.**

Alexsandro de Araújo Silveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



Nº da Conta: 0353222991
 Mês de referência: 04/2020
 Período: 21/03/2020 a 20/04/2020
 Data de emissão: 23/04/2020

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

ALESSANDRO DE ARAÚJO SILVA
 R FOZ DO IGUACU, 914
 EQUATORIAL
 69317-330 BOA VISTA - RR

Vencimento
06/05/2020

Total a Pagar - R\$
129,99

Seus Números Vivo
95-99156-8649

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aproveite os benefícios do Vivo
 Valoriza no App Meu Vivo.

Planos Anatel
 - VIVO_POS 8GB

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVO_POS 8GB	1	1	129,99	-	-	129,99
FRANQUIA INTERNET PRINCIPAL	-	-	0,00	8,00GB	392,01MB	-
MINUTOS LOCAIS LIVRES	-	-	0,00	ILIMITADO	08m00s	-
MINUTOS LOCAIS VIVO	-	-	0,00	ILIMITADO	444m42s	-
MINUTOS DDD VIVO	-	-	0,00	ILIMITADO	12m24s	-
ROAMING NACIONAL	-	-	0,00	ILIMITADO	-	-
SMS - BRASIL	-	-	0,00	ILIMITADO	-	-
PACOTE MINUTOS OFFNET FIXO	-	-	0,00	ILIMITADO	02m12s	-
FRANQUIA VÍDEO E MÚSICA	-	-	0,00	8,00GB	435,51MB	-
APPS ILIMITADOS	-	-	0,00	50,00GB	18,88GB	-
VIVO POS SERVIÇO DIGITAL II	1	1	0,00	-	-	-
BONUS 10GB	1	1	0,00	10,00GB	10,00GB	0,00
BONUS CONTA DIGITAL,	1	1	0,00	500,00MB	500,00MB	0,00
BÔNUS DE INTERNET 10GB	1	1	0,00	10,00GB	10,00GB	0,00
BÔNUS MINUTOS ILIMITADOS	1	1	0,00	ILIMITADO	55m36s	0,00
Subtotal						129,99
Serviços Utilizados em Períodos Anteriores						
Ligações Locais					46m12s	0,00
Internet - Tarifação MB/XB					10,39GB	0,00

Continuação de Demonstrativo de Serviços no Verso

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

A Telefônica Brasil S/A e a Terra Networks Brasil S/A, em cumprimento a Lei Federal nº 12.007/09, declaram a quitação apenas dos serviços faturados nessa conta, referentes ao ano de 2019 e esta declaração substitui todos os comprovantes de quitação anteriores. Este documento não quita parcelamentos, valores co-faturados de outras operadoras, cobranças judiciais, serviços prestados e não faturados.

Até emissão desta conta constava(m) débitos de contas anteriores. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



Nome do Cliente

ALESSANDRO DE ARAÚJO SILVA

Vencimento

06/05/2020

Total a Pagar - R\$

129,99

Cód. Débito Automático 0353222991-0

Nº da Conta 0353222991

Mês Referência 04/2020

8469000000015

299900750017

103532229913

042012005064

Autenticação Mecânica





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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1040650	05/2020	13-APR-20 a 12-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
514	11-JUN-20	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	MÊS	TOTAL A PAGAR
1040650	05/2020	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/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisca Sousa do Nascimento

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

Alexandre de Araújo Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 736.485.822 / 91,

do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro Permanente da Vítima Alexandre de Araújo Silveira.

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 736.485.822 / 91, 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: 403	Número:	882	Complemento:
Bairro:	Cidade Satélite	Cidade:	Boa Vista	Estado: RR CEP: 69.317-492
E-mail:	franciscasnascimento@hotmail.com	Tel.(DDD):	(95) 99131-1149	

Local e Data: Boa Vista - RR, 13 de Julho de 2020.

Assinatura do Declarante



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

Classificação Reclassificação
■ Vermelho
■ Laranja
■ Amarelo
■ Verde
■ Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul. Ass.

<input type="checkbox"/>	Reclassificação	<i>Justo</i>
<input type="checkbox"/>	Vermelho	<i>vermelho</i>
<input type="checkbox"/>	Laranja	
<input type="checkbox"/>	Amarelho	
<input type="checkbox"/>	Verde	
<input type="checkbox"/>	Verde-Preto	

03/04/2020 22:46:12		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	
Paciente ALEXSNDRO DE ARAUJO SILVA		Data Nascimento 30/09/1980	Idade 39 A 6 M 3 D	CNS 704507397334817	CPF 73648582291	Prontuário	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(APARDA	Raça/Cor	Naturalidade
Mãe				Pai			Nacionalidade BRASILEIRA
MARIA LUCIA DE ARAUJO SILVA		ANTONIO NOGUEIRA DA SILVA				Contato (95) 99171-6639	Ocupação
Endereço							
RUA - FOZ DOIGUACU - 914 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Profissional do Atend. URGÊNCIA		Procedência	Temp.	Peso
Setor	Tipo de Chegada GRANDE TRAUMA		Procedimento Sol. SAMU CAPITAL		Registrado por: EDILEUDA.SOUZA		
Queixa Principal	() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue						

Anamnese de Enfermagem Trauma automobilístico. **GSC** **TOTAL**
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 11:53 h)

Pct baziado pelo ssmu com relato de queda de moto x cano, pct em perda de consciênci, relate que retirou o capacete. Nege de terceiro entres suscitaç

Exame Físico
abcd: traume s/ alterações, glaucoma 15, pupilas isocônticas e foleadas; mi \ominus : traume contuso contuso, mobilidade preservada.

Hipótese Diagnóstica

tra una certa certezza.

SADT - Exames Complementares

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

PREScrição **APRAZAMENTO** **OBSErvACõeS**

1 - Dipinone 2g (EU).	2 - Temoxicam 40mg (EU).								
	 Edilma M. Baggio Técnica Enfermeira COREM-RR 519.730								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">HOSPITAL UERJ</td> <td style="padding: 5px;">AV. ALFREDO GOMIDE, S/N</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Av. Eng. Edmundo Novo Fluminense</td> <td style="padding: 5px;">Gommie, S/N</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">AUTORIZADA</td> <td style="padding: 5px; text-align: right;">08/20</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">  MM. 2020 Silveira </td> </tr> </table>		HOSPITAL UERJ	AV. ALFREDO GOMIDE, S/N	Av. Eng. Edmundo Novo Fluminense	Gommie, S/N	AUTORIZADA	08/20	 MM. 2020 Silveira	
HOSPITAL UERJ	AV. ALFREDO GOMIDE, S/N								
Av. Eng. Edmundo Novo Fluminense	Gommie, S/N								
AUTORIZADA	08/20								
 MM. 2020 Silveira									
Certificado e assinado em 20 de junho de 2020									

Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação

Condução: *(Assinatura)*

Cópia: *(Assinatura)* **Original:** *(Assinatura)*
que foi apresentado neste Hospital.

Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: _____
Óbito _____ Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () Hospital () Ambulância () Corpo () Crematório () Outro _____

Assinatura do Paciente ou Responsável _____ **Carimbo e Assinatura do Médico** _____

Impresso por: edileuda.souza
Data Hora: 03/04/2020 22:47:16

2001235070

—D

1/1 11:52 1

ORTOPEDIA

04/04/20 A 30/04 DR. LEONARDO

POR VITIMA DO AGENTE DE MON. REFORNE
POA E USO DE CORPO CONTRA UM MIG.

→ RX NAO ESPECIAIS PERTINENTES AO LUXO.
→ AS EXAMES. SEM SINAIS DE LUXO, CREAÇÕES
OU LESÃO TENDINEAS NO MUSCULOS DO EXAME.

COR: S/ CONOUTAS ORNAMENTAIS NO MUSCULO
- AO GR.

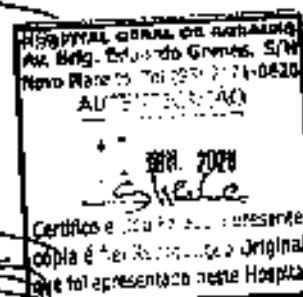


04/04/2020

GR - Daniel

2:30h

Paciente Aparentemente
JESAO CONTO RANTOS ESTRENS
EM NÚMERO PREFERENCIAL



CID: S07A01
- T118A01 (exclusivo)

Linfatício Local

(EFmixoxe 2 l + 1 l)

Vacina Antitetânica 0,5 ml (1 ml)

Falexine (prescrição extinta)

Alta com orientações genéricas

Dr. Daniel do N. Araújo
Médico
CRM-RS 2137

Dr. Daniel do N. Araújo
Médico
CRM-RS 2137



ESTADO DE RORAIMA
'AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS'

DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO

*Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro **ALEXSNDRO DE ARAUJO SILVA** retifica-se por **ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA** Deu entrada Grande Trauma Francisco Elesbão (GT), no dia **03/04/2020** às 22 horas e 46 min, por motivo de **(ACIDENTE DE MOTO)**, recebendo os cuidados da equipe de plantão.,*

Boa Vista-RR, 8 de Junho de 2020.





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201031/20

Vítima: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

CPF: 736.485.822-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2020

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS 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

ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA : 736.485.822-91

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: 17/07/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200255220 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 03/04/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.2 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:

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: *Alexsandro de Araújo Silva*, brasileiro(a) estado civil *Solteiro*, profissão: *Motorista*, portador(a) da cédula de identidade CIRG nº *232602* e inscrito no CPF/MF nº *736.485.822-91*, residente e domiciliado na Rua: *Faz do Iguaçu*, nº *914*, Bairro: *Egumental*, município de: *Boa Vista*/RR, Tel. *99431-1149*, 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: Capella, 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, ____ de ____ de ____.



Alexsandro de Araújo Silva
OUTORGANTE

NOTA: Certifico que o presente documento foi apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.



Marjory C. C. Esbell Brigitte
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro

முன்னால் விவரம் கூற விரும்புகிறேன் (ATM)
என்றால் செய்துவிட விரும்புகிறேன் (C ATM)
ஏன் என்றால் விவரம் கூற விரும்புகிறேன்
என்றால் விவரம் கூற விரும்புகிறேன் (D ATM)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201031/20

Vítima: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

CPF: 736.485.822-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2020

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS 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

ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA : 736.485.822-91

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: 17/07/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO