

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, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200253695 **Vítima: ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 14/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALUIZIO ALVES 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, 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, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253695

Vítima: ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA

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

| | |
|---------------------------------------|--|
| Documentação médica-hospitalar | Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues. |
|---------------------------------------|--|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:

035.067.572-00

4 - Nome completo da vítima:

Aleuzio Alves 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:

Aleuzio Alves de Oliveira

6 - CPF:

035.067.572-00

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua: Antônio Pinheiro Galvão

9 - Número:

1860

10 - Complemento:

Buritis

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69309-209

15 - E-mail:

leovar@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 93151-4282

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 53573 - 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

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.

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 atende 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, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim
teve filhos? Não

29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou
nascedor (veja 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 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.

34

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:

11/01/2019



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Ocorrência N°: 6220/2020 - Registrado em: 08/07/2020 às 09h 41min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 14/02/2020 às 11h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA
Logradouro: GLAYCON DE PAIVA
Bairro: CENTRO
Referência:
Complemento:

UF: RR

Nº S/N

CEP: 69300-000

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA(75), nascido(a) em 26/07/1945, sexo MASCULINO, divorciado(a), exercento a profissão de AUTÔNOMO, CPF N° 015.067.572-00, País: BRASIL, natural de APODI-RN, filho(a) de RITA SINELZA DI SENA e PAULO PADRE DE OLIVEIRA, endereço: ANTONIO PINHEIRO GALVÃO, cep: 69309-209, N° 1860, bairro: BURITIS, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 98400-2223.

OBJETOS

| Classe | Quantidade | Tipo de Objeto | Descrição |
|--------|------------|-------------------|----------------------------|
| Objeto | 1 | APOLICE DE SEGURO | ACIDENTE DE TRANSITO DPVAT |

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG TITAN, CHASSI 9C2JC250VVR129290, PLACA: NAH-7574, DE PROPRIEDADE DE JOSÉ FEITOSA DA SILVA NETO, QUANDO AO TERMINAR DE FAZER A ROTATÓRIO PARA ADENTRAR A AVENIDA GLAYCON DE PAIVA, UM CARRO GM VINHA ADENTRANDO A VIA COM O MOTORISTA FALANDO AO TELEFONE NAO VIU O COMUNICANTE, COLIDINDO ASSIM O RETROVISOR DO CARRO NA COSTA DO COMUNICANTE FAZENDO COM QUE O MESMO PERDESSE O CONTROLE E VIESSE A CAIR, QUE COM A QUEDA O MESMO SOFREU TRAUMA NA MÃO DIREITA, É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


X
ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA
COMUNICANTE

30/03/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 02/2020 referente a UC: 201510



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: 4676371

ETIENE MARCELLE MENDONCA DE OLIVEIRA
R. ANTONIO P GALVAO, 1860,
BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | PERÍODO DE CONSUMO |
|---------------|------------|-----------------------|
| 201510 | 02/2020 | 24-JAN-20 a 21-FEB-20 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| 171 | 05-APR-20 | R\$ 179,18 |

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

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | PERÍODO DE CONSUMO |
|---------------|------------|-----------------------|
| 1089170 | 05/2020 | 25-APR-20 a 25-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| 653 | 11-JUN-20 | R\$ 554,71 |

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

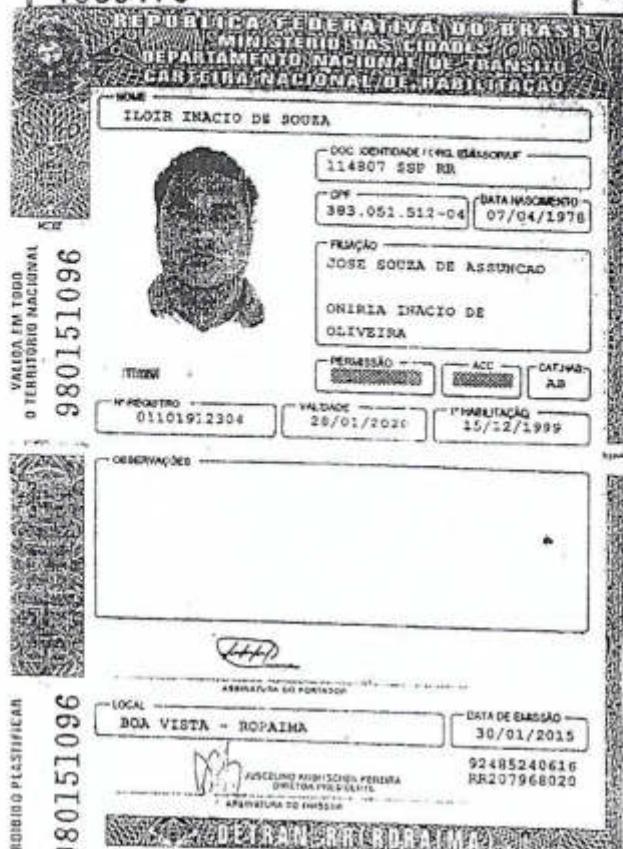
recorte aqui



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | TOTAL A PAGAR |
|--------------|---------|---------------|
| 1089170 | 05/2020 | R\$ 554,71 |



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

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através do número 0800 022 81 89.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 04020-1596 / 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.

É de seu dever informar o endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29016>

Artigo 1º da Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a instituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação, profissional, 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. Entretanto, de determinada da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E BENEFÍCIOS FINANCEIROS. COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FINANÇA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI N°9.514/97.

Pelo exposto, eu Ilair Inacio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512/04

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Aluizio Alves de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o N° 015.067.572/00

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima Aluizio Alves de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o N° 383.051.512/04

conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão:

Renda:

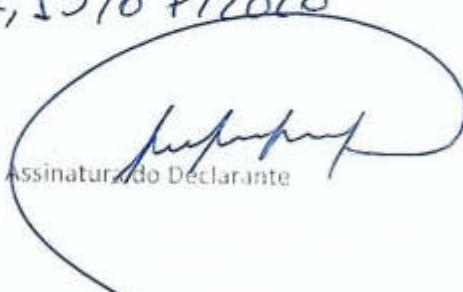
e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando o 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>Rua Antônio P. Galvão</u> | Número | <u>1832</u> | Complemento | | |
| Bairro | <u>Baritiz</u> | Cidade: | <u>Boa Vista</u> | Estado: | <u>RR</u> | |
| E-mail | <u>ILAIRNE@hotmail.com</u> | | | | CEP | <u>69.309.209</u> |
| | | | | | tel.(DDD) | <u>(95) 98404-5368</u> |

Local e Data: Boa Vista - RR, 15/07/2020


Assinatura do Declarante

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

| GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA | 1ª Classificação | Reclassificação | Reclassificação | Reclassificação |
|---|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
| Secretaria de Estado da Saúde | <input type="checkbox"/> | Vermelho | <input type="checkbox"/> | Vermelho |
| Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE | <input type="checkbox"/> | Laranja | <input type="checkbox"/> | Laranja |
| Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 | <input type="checkbox"/> | Amarelo | <input type="checkbox"/> | Amarelo |
| | <input type="checkbox"/> | Verde | <input type="checkbox"/> | Verde |
| | <input type="checkbox"/> | Azul Ass. | <input type="checkbox"/> | Azul Ass. |

2001236311 14/04/2020 11:36:32 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 12

Paciente **ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA** Data Nascimento **26/07/1945** Idade **74 A 8 M 19 D** CNS **898000450748598** CPF **01506757200** Prontuário **00077647**
 Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **9164** Órgão Emissor **SSPRN** Data Emissão Sexo **M** Estado Civil Raça/Cor **PARDA** Naturalidade Nacionalidade **BRASILEIRA**
 Mãe **RITA SINÉZIA DE SÉNA** Pai **PAULO PADRE DE OLIVEIRA** Contato **(95) 36289-895**
 Endereço **RUA - CORONEL PINTO - 1266 - CENTRO - BOA VISTA - RR** Ocupação

| Class. de Risco | Plano Convênio | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal |
|-----------------------|-------------------------------------|--|---|---|--------------|
| | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | | | |
| Motivo do Atendimento | Caráter do Atendimento | Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso |
| TRAUMATICO | URGÊNCIA | | | | Pressão |
| Setor | Tipo de Chegada | Procedimento Sol. | | Registrado por: | |
| GRANDE TRAUMA | DEMANDA ESPONTANEA | | | | ADAO |
| Queixa Principal | | (<input type="checkbox"/>) Síndrome Febril | (<input type="checkbox"/>) Sintomático Respiratório | (<input type="checkbox"/>) Suspeita de Dengue | |

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : b) **Violente** **id** **motorizada** **ct** **Prome**
im **mo** **(C)**
Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

| PRESCRIÇÃO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|--|-------------|------------|
| <p>Dipirona 1500 mg</p> <p>titular</p> <p>6</p> <p>6</p> | | |

Conduta *Dr. Eder Soares*
 Alta por Decisão Médica Alta e Traumatologia
 Alta a Pedido CRM 1828/RR
 Alta a Revelia *O. Soares A*
 Transferência para: _____

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
Data e Hora da Saida/Alta: / / : :

óbito
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () UMT - Automação terapêutica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e assinatura do Médico



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | PERÍODO DE CONSUMO |
|---------------|------------|-----------------------|
| 1089170 | 05/2020 | 25-APR-20 a 25-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| 653 | 11-JUN-20 | R\$ 554,71 |

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

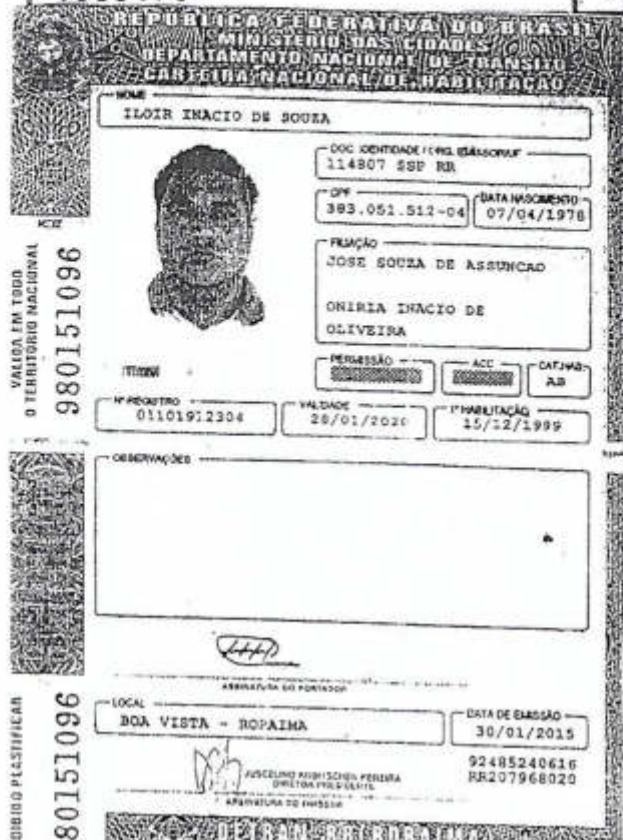
recorte aqui

**RORAIMA**
ENERGIA

RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | TOTAL A PAGAR |
|--------------|---------|---------------|
| 1089170 | 05/2020 | R\$ 554,71 |



REPUbLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RR

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1923694035

ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF
9164 SSP RR

CPF
015.067.572-00 DATA NASCIMENTO
26/07/1945

PRIMEIRO
PAULO PADRE DE
OLIVEIRA
RITA SINEZIA DE SENA

PERIODISMO
AC
LATHAB
AB

Nº REGISTRO
01392391682 VALIDEZ
15/08/2021 EMISSÃO
24/11/1966

OBSERVAÇÕES
A

PROIBIDO PLASTINICAR
1923694035

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

JUZGADO
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN RR

DATA DE EMISSÃO
11/12/2019

01456462726
RR210371315

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

| | |
|----------------|---|
| NOME: | <u>Aluizio Alves de Oliveira</u> |
| NACIONALIDADE: | <u>Brasileiro</u> |
| PROFISSÃO: | <u>Autônomo</u> |
| IDENTIDADE: | <u>9164 SSPIRR</u> |
| ENDERECO: | <u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão-1860, Buritis</u> |
| OUTORGADO | |

| | |
|----------------|---|
| NOME: | <u>Ideir Inacio de Souza</u> |
| NACIONALIDADE: | <u>Brasileiro</u> |
| PROFISSÃO: | <u>Autônomo</u> |
| IDENTIDADE: | <u>134807</u> |
| ENDERECO: | <u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão-1832, Buritis</u> |

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 14/04/2020, cobertura Imobiliz, vitima: Aluizio Alves de Oliveira
Boa Vista - RR

LOCAL E DATA

off

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200015/20

Vítima: ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA

CPF: 015.067.572-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/02/2020

Titular do CPF: ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA : 015.067.572-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/07/2020
Nome: ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA
CPF: 015.067.572-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA