

---

**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

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:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	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: Aluizio 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: Aluizio Alves de Oliveira 6 - CPF: 035.067.572-00  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua: Antonio Pinheiro Galvão 9 - Número: 1860 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Buritis 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69309-209  
15 - E-mail: bluizio@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99151-4282

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 53373- AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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) ☐ 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 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168 7700

Ocorrência Nº: 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

UF: RR

Logradouro: GLAYCON DE PAIVA

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA(75), nascido(a) em 26/07/1945, sexo MASCULINO, divorciado(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 015.067.572-00, País: BRASIL, natural de APODI-RN, filho(a) de RITA SINEZIA DE SENA e PAULO PADRE DE OLIVEIRA, endereço: ANTONIO PINHEIRO GALVÃO, cep: 69309-209, Nº 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, PLCA: 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 QUE VINHA ADENTRANDO A VIA COM O MOTORISTA FALANDO AO TELEFONE NÃO 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 ELETRONICAMENTE

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

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

**ILOIR INACIO DE SOUZA**

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

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

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

FOTO:

DOC. IDENTIDADE (CPF/RESENHA): 114807 SSP RR

CPF: 393.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

FUNÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC: CAT. 1/2/3/4/5/6/7/8/9/10

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDADE: 28/01/2026 HABILITACAO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

ASSINATURA DO PORTADOR:

ASSINATURA DO EMISSOR:

92485240616 RR207968020

DETRAN - RORAIMA

750009.000000001081.917005200055

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096PROIBIDO PLASTIFICAR  
980151096



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos canais 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 numero 445/12, e é de acesso eletrônico:

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a manter o 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, porém, de acordo com a determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AMBULAÇÃO, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 99.613/98.

Declaro, exposto, eu Ibair 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 Nº 015.067.572 00  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Aluizio Alves de Oliveira  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando 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>Rua Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Idrre@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

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

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

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA	26/07/1945	74 A 8 M 19 D	898000450748598	01506757200	00077647

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	9164	SSPRN		M		PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA

Mãe	Pai	Contato
RITA SINÉZIA DE SÊNA	PAULO PADRE DE OLIVEIRA	(95) 36289-895

Endereço	Ocupação
RUA - CORONEL PINTO - 1266 - CENTRO - BOA VISTA - RR	

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	Pressão
-----------------------	------------------------	------------------------	-------------	-------	------	---------

**TRAUMÁTICO** **URGÊNCIA**

Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:
-------	-----------------	-------------------	-----------------

GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA	ADAO
<p>1. <b>Grande Trauma</b></p> <p>2. <b>Grande Trauma</b></p> <p>3. <b>Grande Trauma</b></p> <p>4. <b>Grande Trauma</b></p> <p>5. <b>Grande Trauma</b></p> <p>6. <b>Grande Trauma</b></p> <p>7. <b>Grande Trauma</b></p> <p>8. <b>Grande Trauma</b></p> <p>9. <b>Grande Trauma</b></p> <p>10. <b>Grande Trauma</b></p>	<p>1. <b>Grande Trauma</b></p> <p>2. <b>Grande Trauma</b></p> <p>3. <b>Grande Trauma</b></p> <p>4. <b>Grande Trauma</b></p> <p>5. <b>Grande Trauma</b></p> <p>6. <b>Grande Trauma</b></p> <p>7. <b>Grande Trauma</b></p> <p>8. <b>Grande Trauma</b></p> <p>9. <b>Grande Trauma</b></p> <p>10. <b>Grande Trauma</b></p>	<p>1. <b>Grande Trauma</b></p> <p>2. <b>Grande Trauma</b></p> <p>3. <b>Grande Trauma</b></p> <p>4. <b>Grande Trauma</b></p> <p>5. <b>Grande Trauma</b></p> <p>6. <b>Grande Trauma</b></p> <p>7. <b>Grande Trauma</b></p> <p>8. <b>Grande Trauma</b></p> <p>9. <b>Grande Trauma</b></p> <p>10. <b>Grande Trauma</b></p>

Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue
------------------	--	---	---

Anamnese de Enfermagem	<b>GSC</b>	<b>TOTAL</b>
	AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : / b)

Disposit - total major class of plane

Hipótese Diagnóstica
----------------------

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
------------	-------------	------------

Diagram of Soul

**Conduta**

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para:

*Dr. Edgar Soares*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*CRM 1828/RR*  
*05/05/14*

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família ( ) HM Análise Genética

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: adao  
Data Hora: 14/04/2020 11:37:15



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

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

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

FOTO:

DOC. IDENTIDADE (RG) - SSP RR: 114807 SSP RR

CPF: 393.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

FUNÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC: CAT: A/B

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDADE: 28/01/2026 HABILITAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

ASSINATURA DO DIRETOR:


92485240616 RR207968020

DETRAN - RORAIMA

750009.000000001081.917005200055

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096PROIBIDO PLASTIFICAR  
980151096



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1923694035	NOME ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA	
		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 9164 SSP RR	
	CPF 015.067.572-00	DATA NASCIMENTO 26/07/1945
	FILIAÇÃO PAULO PADRE DE OLIVEIRA RITA SINEZIA DE SENA	
	PROFISSÃO AC LAT/HAB AB	
	NP/REGISTRO 01392391682	VALIDADE 15/08/2021
		1ª HABILITAÇÃO 24/11/1966
	OBSERVAÇÕES A	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1923694035	ASSINATURA DO PORTADOR	
	LOCAL BOA VISTA, RR	DATA DE EMISSÃO 11/12/2019
	100 GOMES DRAZI DIRETOR POSSOENTE DETRAN RR	
	ASSINATURA DO EMISSOR	
	RORAIMA	



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Aluizio Alves de Oliveira
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	9164 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão-1860, Curitiba

## OUTORGADO

NOME:	Ilson Imacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão-1832, Curitiba

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 Invalidez, vítima: Aluizio Alves de Oliveira  
Boa Vista - RR

LOCAL E DATA

x 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

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 14/02/2020

**Titular do CPF:** ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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