



FUNDAÇÃO DE ÁGUA E ESSENCIAIS DA PARAÍBA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM. 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETRO A10F198348	VOL FATURADO 10	DESCRICAÇÃO REAL	Nº DA CONTA 15437802
DT. LEITURA ANT. 06/06/2019	DT. LEITURA ATUAL 04/07/2019	DIAS DE CONSUMO 28	LEITURA ANT. 1839	LEITURA ATUAL 1839	MÉDIA 0
MÊS/ANO 06/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 05/2019	CONS. 04/2019	MÊS/ANO 03/2019	CONS. 02/2019

DESCRICAÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 m3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL N° 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas		-	-	-	-
Analisisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10331809 - 14º Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO 001.031.031.0130.000	MÊS/ANO 07/2019	GRUPO 17	TOTAL A PAGAR 43,74	ROTA 05.1970
-----------------------------------	--------------------	-------------	------------------------	-----------------

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 fazenda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Johnson Sampaio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.261.462 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Johnson Sampaio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.261.462 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recluso Renda: Recluso 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 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			Número	Complemento
	Rua: 05		121	
Bairro	Cidade Satélite	Cidade	Estado RR	CEP 69.317-471
Email	<u>honatosilva638@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (95) 99114-4021

Bon Vista, 28 de Setembro de 2020
Local e Data

Raimundo Nonato Silva

Assinatura do Declarante

2001257161 19/07/2020 20:21:48

		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 11	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
JONSON SAMPAIO DOS SANTOS		27/04/1970	50 A 2 M 22 D				
Identidade	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Mãe				M	SOLTEIRO(APARADA)		NACIONALIDADE
NOEMIA SAMPAIO					Pai		BRASILEIRA
Endereço				NI		Contato	
RUA - PIRABA - 305 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR						Ocupação	
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.	Peso	Pressão
OUTROS		URGÊNCIA					
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTÂNEA					Registrado por:
Queixa Principal							JOSIEL.ROSAS
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)					AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
<p><i>Paciente c/ dor de peito de rotul sofre.</i></p> <p><i>Dor de ombo D</i></p>							
Hipótese Diagnóstica					07072020		
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS:
PRESCRIÇÃO					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
<p><i>Dr. Arnaldo J. H. Pereira</i></p> <p><i>CRM/195/RR / RUE 176</i></p> <p><i>Cirurgião Geral</i></p>							
Conduta					<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :		
Óbito					VERSO		
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica				

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: josiel.rosas
Data/Hora: 19/07/2020 20:22:47



2001257161



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

NOME JONSON Sampaio dos Santos RECEITUÁRIO

LAVAO Município

Paciente com diagnóstico de Fratura
ao Abdômen direito encontrada em
exame de complementação ORT.
Paciente o mesmo dia foi submetido
a cirurgia de redução associada à fixação
de (assentos) pinos à crista da metade
direita do fêmur.

DATA 12/08/2020

Dr. Eder Soares
Médico Traumatocirúrgico
CRM: 11227

Assinatura e Carimbo

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

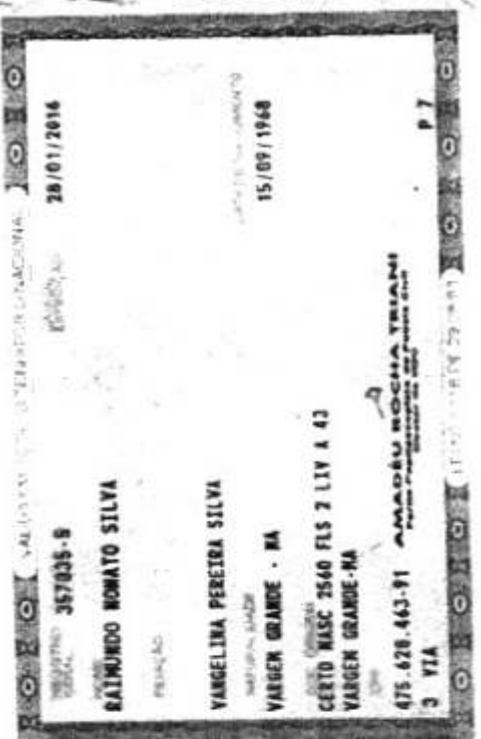
D



ONSON SAMPAIO DOS SANTOS 5155

HOSPITAL CORONEL MOTA 12/08/2020

Fabio Gastro 82.5%





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 17/08/2020

REGISTRO GERAL 74189

NOME JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

FEIJÃO JAIME DOS SANTOS
NOEMIA SAMPAIO
NATIRAI, RONDÔNIA

BOA VISTA - RR
DOC. ORIGINAL
CERTD NASC 2459 FLS 30-V LIV A 03
1º OF BOA VISTA-RR
CPF 382.261.462-91

CARTA DE NASCIMENTO
27/04/1970

AMADEU ROCHA, INIMANI
Assinatura do Titular
Assinatura do Oficial

PIS/PASEP:
2ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1

Alíquota Mínima de 10% para o Imposto sobre a Propriedade Predial e de Edifícios

PROIBIDO PLASTIFICAR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200355302 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/07/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO OMBRO DIREITO. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280305/20

Vítima: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

CPF: 382.261.462-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/07/2020

Titular do CPF: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JONSON SAMPAIO DOS SANTOS : 382.261.462-91

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: 02/10/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JONSON Sampaio dos Santos
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO:
Raca RG: 34.895.55/PRR CPF: 382.261.462-91 ENDEREÇO: RUA/AV,
Rua Tereza N° 305
 BAIRRO: SANTA TEREZA CIDADE: Bon Vista /RR
 CEP 69.314.092

VITIMA: JONSON Sampaio dos Santos
 CPF: 382.261.462-91 DATA DO ACIDENTE: 19/01/2020
 NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 PROFISSÃO: Raca
 Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
 Nº CPF: 476.628.463-91
 ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INJALIDEZ, 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.

Bon Vista, 17 de Agosto de 2020

* Jonson Sampaio dos Santos
 Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280305/20

Vítima: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

CPF: 382.261.462-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/07/2020

Titular do CPF: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JONSON SAMPAIO DOS SANTOS : 382.261.462-91

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: 02/10/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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, 13 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200355302

Vítima: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JONSON SAMPAIO DOS SANTOS

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 19/07/2020, emitido pelo Dr. ARNALDO PERES CRM nº 1554 - RR, da Instituição HGR, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - N° do Sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 382.261.462-91 4 - Nome completo da vítima: JONSON Sambaiu dos Santos

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

5 - Nome completo: JONSON Sambaiu dos Santos
 6 - CPF: 382.261.462-91
 7 - Profissão: Recusar 8 - Endereço: Rua - Raimundo Alves Sousa
 9 - Número: 556 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: Jardim Tropical 12 - Cidade: Boa Vista
 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.354.670
 15 - E-mail: monatoselva638@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 95 991144021
 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 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: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 9

(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, às custas 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 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
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)

40 - Local e Data,

Jonson Sambaiu dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Priscila Vitoria Silveira



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020512/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/07/2020 09:32:57 Data/Hora Fim: 20/07/2020 09:32:57

Origem: Pessoa Física - Particular Data: 20/07/2020

Delegado de Polícia: Simone Annuda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Coletação: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 19/07/2020 10:00 (Hora Aproximada)

Lugar do Fato:

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Santa Tereza
Logradouro: RUA PIRABA
Complemento: VIA PÚBLICA
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20105: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JONSON SAMPAIO DOS SANTOS (COMUNICANTE, VÍTIMA)	Sexo: Masculino	Nasc: 27/04/1970	Idade: 50
Nacionalidade: Brasileira		Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Pr. Issão: P. M. t.		Naturalidade: Boa Vista	
Estado Civil: Solteiro(a)		Nome do Pai: Jaime dos Santos	

Documento:

RG: 74138

Endereço:

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA PIRABA
Bairro: Santa Tereza
Número: 305
Telefone: (65) 99128-7383 (Celular)

Nome Civil: GLEICY DE TAL (ENVOLVIDO)	Sexo: Feminino	Idade: 30
Nacionalidade: Brasileira		

Estado Civil: Sem Informação

Endereço:

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ADAIL OLIVEIRA ROSA
Complemento: ANTIGA C - 29
Bairro: D. Silvio Leite
Número: 351
Telefone: (65) 99131-3364 (Celular)

Vínculo	Envolvido(a)	Tempo da Relação
Outro	Jonson Sampaio dos Santos	0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)
Amizade	Jonson Sampaio dos Santos	0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020512/2020

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Outros Meios de Transporte	Subgrupo Bicicleta
Descrição BICICLETA ARO 26 GENOA V 8 AZUL, TIFFANY 9B27153	Marca GENOA
Modelo ARO 26 TIFFANY	Número de Identificação 9B27153
Fabricação Nacional	Cor AZULA
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Envolvido
Name Envolvedo	Envolvidos
Jonson Sampaio dos Santos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Sr. Delegado de Policia o comunicante acima qualificado informa que no dia e horário acima citado trafegava pela via acima informada conduzindo sua bicicleta e em dado momento ao mudar de faixa para desviar de um buraco na via sendo colidido por uma motocicleta modelo HONDA FAN 160 conduzida pela autora que seguia logo atrás do comunicante no mesmo sentido causando a colisão entre os veículos ambos caírem; Que os dois condutores sofreram lesão corporal sendo que o comunicante foi encaminhado ao PSE pelo SAMU; Que após o acidente a autora apropriou se da bicicleta do comunicante com a finalidade de ter os danos em sua motocicleta pago, que o comunicante procurou a autora e esta disse que não vai devolver ate receber o valor referente aos prejuizos; É o que tem a comunicar. Pede providencias.

ASSINATURAS

Frank Pessoa de Carvalho
Agente de Polícia
Matrícula 042000410
Responsável pelo Atendimento

Jonson Sampaio dos Santos
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu (a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e sou o(a) que poderá responder civil e criminalmente perante a autoridade competente que se originem, conforme previsto nos Artigos 339- Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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

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

2 - N° do Sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

382.261.462-91

4 - Nome completo da vítima:

JONSON Sambaiu dos Santos

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

5 - Nome completo:

JONSON Sambaiu dos Santos

6 - CPF:

382.261.462-91

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

Av. Raimundo Alves Soáza

9 - Número:

556

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Jardim Tropical

12 - Cidade:

Bons Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.354.670

15 - E-mail:

monatosselva638@gmail.com

16 - Tel.(DDD):
195 991144021

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: BRADESCO

AGÊNCIA: 2084

CONTA: 21091

9

(informar o dígito se existir)

(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, às custas 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

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:

 Sim Não

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

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)

40 - Local e Data,

JONSON Sambaiu dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Priscila Vitoria Silveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 1999/2010

FPS 001 1999/2010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

Rosa

Boletim de Ocorrência
0001*

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3^a SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL-PB
15^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
54^a DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE MATERÉIA-PB Maturéia-PB.

CERTIDÃO

139276

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 001/2014 constatei a Ocorrência Policial nº 079/2014 cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos 20 dias do mês de agosto do ano de dois mil e quatorze nesta cidade de Teixeira-PB, Sede da Comarca, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. RÔNIS FERNANDES FEITOSA, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão *ad hoc*, ai compareceu a esta delegacia: DIMAS MOTA DE ARAÚJO, brasileiro, solteiro, agricultor, nascido em 08/09/1969, natural de Mãe D'Água/PB, filho de José Batista de Araújo e de Matilde Mota de Araújo, residente no Sítio Bom Conselho - zona rural - Maturéia/PB, o (a) qual prestou a seguinte ocorrência: QUE, o noticiante disse que na data de 08 de junho do ano em curso, por volta das 07:30 horas conduzia a motocicleta Honda CG 125 Fan, ano de fabricação e modelo 2006, cor preta, placa MNM 3295/PB, chassi 9C2JC30706R872989, licenciada em nome de Sebastiana de Oliveira N. Gouveia, por uma estrada de terra na zona rural de Maturéia/PB, quando seu sobrinho Renilson Mota Costa, trafegava no sentido contrário em outra motocicleta, e em uma curva acabou colidindo com o noticiante, tendo este saído da estrada e caído na ribanceira; QUE sofreu ferimentos na cabeça e foi socorrido pelo Samu para o Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande/PB, onde ficou internado no período de 08 à 21 de junho de 2014 e passou por cirurgia. E nada mais foi registrado.
TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUM; IR INTEIRA
RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos).-----

Maturéia-PB, 20 de agosto de 2014.

NOTICIANTE:

Dimas Mota de Araújo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPMAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 DEZ 2014
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147 - Fortaleza/CE

Janduílma Guedes de F. Rodrigues
Escrivã Ad-hoc
Mat. 139.419-3

310150003

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 6010468

ARACI VALADARES DA SILVA
 R. RAIMUNDO ALVES SOUZA, 586,
 JARDIM TROPICAL 69314670 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1150391	MÊS 09/2020	PERÍODO DE CONSUMO 17-AUG-20 a 16-SEP-20
CONSUMO (kWh) 199	VENCIMENTO 06-OCT-20	TOTAL A PAGAR R\$ 304,56

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

 CÓDIGO ÚNICO
1150391

 MÊS
09/2020 TOTAL A PAGAR
R\$ 304,56

836800000033.045600750009.000000001156.039109200053



COMP. ATO
DECLARATÓRIO



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

Comprovação de seu declaratório
0005*



21 dias após de Ato

lava jato

Período com risco árbitro

exigente (MUN/MUN) ÁRV

envelope com duas

glossaria 15 → 10 (entrega)

envelope para montagem

de arimo é feito -

MUNICÍPIO DE

SENIOR + HONORARIO +

ENTREGUELOS.

encaminho para
arquivo (márcia)

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DBMAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 DEZ 2014

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj 147 - Fortaleza/CE