

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, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213814

Vítima: JESSICA SILVA MARTINS

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JESSICA SILVA MARTINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213814

Vítima: JESSICA SILVA MARTINS

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JESSICA SILVA MARTINS

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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:

033.108.852-59

4 - Nome completo da vítima:

Jessica Silva Martins

5 - Nome completo:

Jessica Silva Martins

6 - CPF:

033.108.852-59

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Rua: Curitiba

9 - Número:

716

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Nova cidade

12 - Cidade:

Bea Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300-000

15 - E-mail:

ILORRR@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(95)98404-5368

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:

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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

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

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 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bon Vista - RR, 15/06/2020

Jessica Silva Martins

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 9168-7209

Ocorrência Nº: 3382/2020 - Registrado em: 20/05/2020 às 15h 31min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 15/02/2020 às 09h 50min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ESTRELA DALVA

Nº: S-N

CEP: 69316-002

Bairro: RAIAR DO SOL

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: PROXIMO AO SUPERMERCADO DB

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

JESSICA SILVA MARTINS(19), nascido(a) em 29/04/2001, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ESTUDANTE, CPF Nº 033.108.852-59, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARILENE OLIVEIRA DA SILVA e JOSE DE SOUZA MARTINS, endereço: CURITIBA, cep: 69316-192, Nº: 716, bairro: NOVA CIDADE, BOA VISTA-RR, referência: PROXIMO AO SUPERMERCADO SÃO FRANCISCO, Telefone: (95) 99146-6342.

OBJETOS

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A COMUNICANTE (VITIMA) QUE ESTAVA DE CARONA COM UM COLEGA EM SUA MOTOCICLETA HONDA CRIPTON VERMELHA (NÃO SABE INFORMAR A PLACA), TRAFEGANDO NA AVENIDA ESTRELA DALVA SENTIDO AO BAIRRO PINTOLANDIA, QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA EM SUA FRENTE DE FORMA BRUSCA FEZ UMA MANOBRA PARA VIRAR PARA ESQUERDA EM UMA RUA, SEM DAR NENHUMA SINALIZAÇÃO, BEM COMO, SEM DAR CHANCES PARA O CONDUTOR FREAR OU DESVIAR DA MOTOCICLETA, SE CHOCANDO NA TRASEIRA DESTE, LEVANDO O CONDUTOR E A COMUNICANTE AO CHÃO, SOFRENDO A COMUNICANTE FRATURA DE PÉ ESQUERDO, EIS O RELATO.

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

ROGERIO FERREIRA DA SILVA
AGENTE DE POLICIA
MATRÍCULA: 050069788
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Jessica Silva Martins
JESSICA SILVA MARTINS
COMUNICANTE



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEQ. N.º
0083175-1

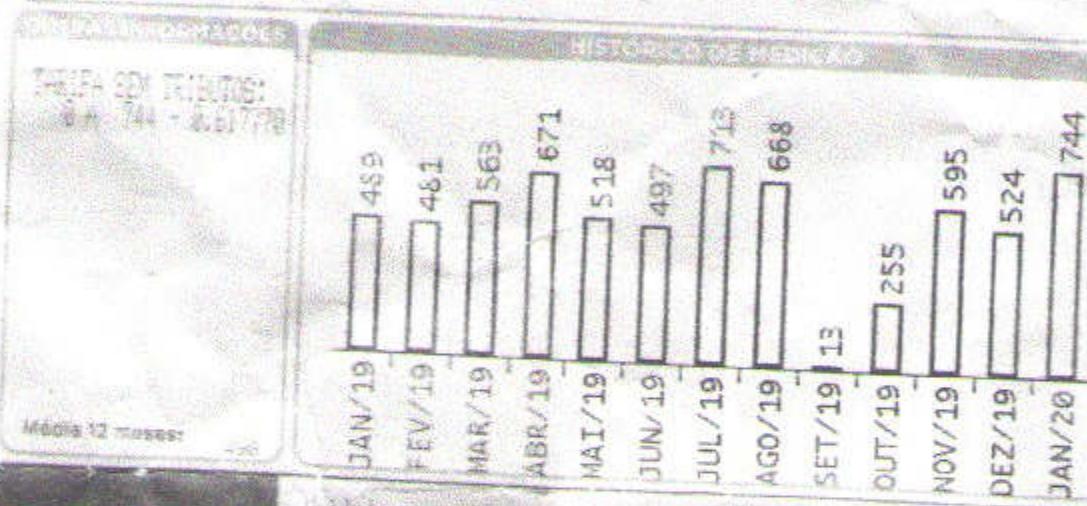
Nº da Nota Fiscal
4359862

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

JANEIRO/2020 06/02/2020 744 772,45
MARILENE OLIVEIRA DA SILVA
R. CURITIBA 716 1 - NOVA CIDADE
CEP: 69.316-192 - BOA VISTA
CPF: 00000167661272

DADOS DA LEITURA (kWh)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	52815	Atual:	06/01/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.1
Anterior:	52874	Anterior:	06/12/2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	33	Próxima leitura:	03/01/2020	Ligação:	MONO
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	07/01/2020	Número Medidor:	E2725266
Consumo medido:	744	Apresentação:	09/01/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	744			Modalidade:	1 (167661)

CONSUMO	744 A R\$ 0,760481 =	565,79
CORRECAO MONETARIA DA 11/19-00		0,03
CORR MONETARIA TCD (IG 4/20)		0,42
CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00		2,91
MULTA POR ATRASO DE I 11/19-00		1,26
JUROS DE MORA POR ATR 11/19-00		0,33
MULTA POR ATRASO 11/19-00		11,05
PARCELA DE DEBITO 4/20		144,43
JUROS DE MORA DE INPO 11/19-00		4,42
ILUMINACAO PUBLICA		41,81



Idade Consumidora: Série 10. A SUSPENSÃO do fornecimento de energia elétrica a partir de 12/01/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Data Atual: 12/2019 Valor R\$ 765,79

LIGUE 08007913120 E SÁO OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO A737.9B80.4578.9499.7FE9.76B2.9E2F.4728

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	507,50	Encargos:	17,41
Impostos:	134,78	Tributos:	106,17
Transmissão:	4,09		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ICMS:	VALOR
565,79	7,38%	41,18
	PIS:	0,81%
	COFINS:	1,45%
		8,23

AVISOS DE CONTINUIDADE

Mês:	Trimestre:	Ano:	Valor:	Período:	Valor:	Período:	Valor:
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Realizado	8,96		6,00			4,29	

Conjunto: DISTRITO

Período de operação: 11/2019 FUSD: 164,84

ROT: 15.001.23.01.103000



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0083175-1

TOTAL A PAGAR - R\$

772,45

MÊS FATURADO

01/2020

VENCIMENTO

06/02/2020

Nº da Nota Fiscal: 4359862

FCAM*

8367000007 5 72450075000 0 0000000083 6 17510120008 7



SEQ.: 0213 UC: 0083175-1

LEITURA: 53618 NORMAL

DT. LEIT.: 08/01/2020 T. ENTR.: 07

TOTAL: 772,45

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13.

Nº da Nota Fiscal **4676382**
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002 **FCAM***

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	11/03/2020	308	277,67 CPF: 00078305151204

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 - BURITIS

CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual: 548
Anterior: 240
Dias de consumo: 28
Constante de Multiplicação: 1.000
Consumo medido: 308
Consumo Faturado: 308

DATAS DA LEITURA

Atual: 21/02/2020
Anterior: 24/01/2020
Próxima leitura: 21/03/2020
Emissão: 20/02/2020
Apresentação: 21/02/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: BIFASICA
Número Medidor: TDB1910534
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: N 1519484

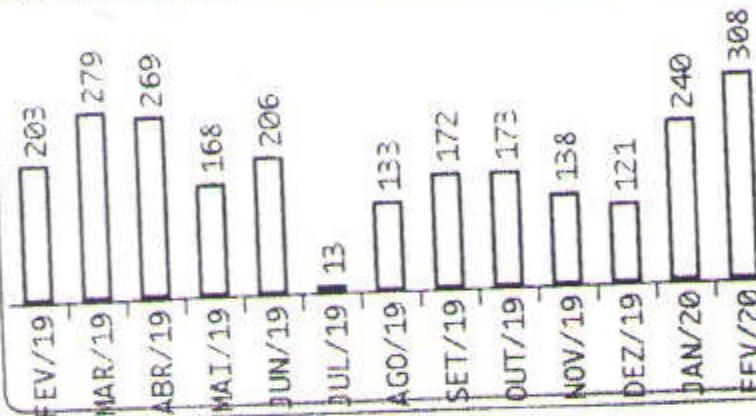
DESCRÍPCAO DA CONTA

CONSUMO	308 A R\$ 0,765725 =	235,84
ILUMINACAO PUBLICA		41,83

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 308 - 0,617770

Média 12 meses: 176

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

**MENSAGENS
IMPORTANTES**
**REAVISO DE
VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/03/2020, em função das contas reavisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) contas vencidas(s) e já reavisada(s) no valor de R\$ 134,01 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
01/2020 260,66

LIGUE 08007819120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA		Base de Cálculo:	ALIQUOTA	VALOR
Energia:	127,32	Encargos:	ICMS:	
Distribuição:	127,32	Tributos:	PIS:	17,00%
Transmissão:	55,76	45,55	COFINS:	0,41%
	0,00	235,84	1,91%	4,50

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICRI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
9,24	18,49	36,99	8,46	16,92
Limite	Realizado	0,00	33,84	4,99
Conjunto	FLORESTA		0,00	0,00

Período de apuração: 12/2019 EUSD: 36,46

ROT: 5.001.12.04.021730


**RORAIMA
ENERGIA**

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0109029-1
TOTAL A PAGAR - R\$
277,67
MÊS FATURADO
02/2020
VENCIMENTO
11/03/2020

 Nº da Nota Fiscal: **4676382**
FCAM*

83680000002 5 77670075000 8 00000000109 9 02910220008 5



SEQ.: 0151 UC: 0109029-1 DT. LEIT.: 21/02/2020 T. ENTR.: 04
LEITURA: 548 NORMAL TOTAL: 277,67 CARGA: 008
DT. VENC.: 11/03/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4021



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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Flávia Inácia de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.108.852 / 59

do sinistro de DPVAT cobertura

Jessica Silva Martins

da Vítima

Jessica Silva Martins

inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.108.852 / 59, 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 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: Antônio P. Galvão

Número:

1832

Complemento:

Bairro:

Buritis

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.309-209

E-mail:

ELOERRR@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD):

(95) 98404-553

Local e Data: *Boa Vista - RR,*

Assinatura do Declarante

DIURNO 07-19 7

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eliene
Data Hora: 15/02/2020 11:24:24



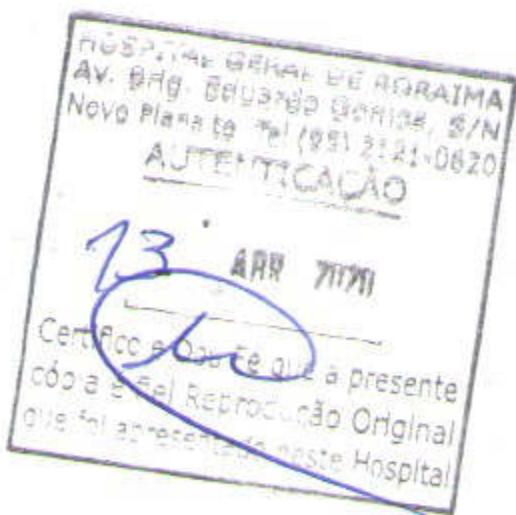
Ortopedico

Dr. (Sem nome) / M

paciente regularmente com remédios
nos 3 horários com queijo de dor
em 3^o 4^o, 5^o MTRD. Exorto-o em favor de
sua Vida saudável em colar 06
3^o 4^o 5^o mililitros D.

D: Beto Gennaro em MTD
+ Acetonilidrato + ANF + ATB + Andal

MP



14 JAN 2019

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

NOOME
ILOR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE/ORG EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04 DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FRAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE
OLIVEIRA

PERMISSAO
ACC
CAT JAB-AB

Nº REGISTRO
01101912304 VALADE
28/01/2020 HABILITACAO
15/12/1999

VÁLIDA EM 1000
TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

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

92485240616
RR207968020

JUCCELINO KUMESCHER PENA
DIRETOR PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN RR (RORAIMA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

14 OUT. 2019

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

162.46127.46-1

NOME

3764126

SÉRIE

0050

UF

RR

Jessica Souza Martins

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



JESSICA SILVA MARTINS

FILIAÇÃO: MARILENE OLIVEIRA DA SILVA
NASCIMENTO: JOSE DE SOUZA MARTINS
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: MUCAJAI - RR
DOCUMENTO: R.G. - 4553551 - 18/04/2016 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 033.108.852-59

CNH:

SEQÜO:

ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTERR - BOA VISTA
DATA DE EMISSÃO: 08/05/2017

ADELAIDE P. FERREIRA MOTA BEZERRA
Superintendente Regional de Trabalho e Emprego
SRTERR - RONDÔNIA

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE
DOCUMENTO

PARA
DATA

ASSINATURA E CARMIM DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARMIM DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARMIM DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARMIM DO SERVIDOR

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATRINIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SER JUDICIAL D - ADOÇÃO F - ANUCIAÇÃO VOLUNTÁRIA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Jessica Silva Martins
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	45553551 SSP
ENDEREÇO:	R: Unidade 735 nova cidade

OUTORGADO

NOME:	Tânia Lúcio da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antônio p. Galvão 1832

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: 15/02/2020, cobertura Invalidez, vitima: Jessica Silva Martins.

LOCALE DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165868/20

Vítima: JESSICA SILVA MARTINS

CPF: 033.108.852-59

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2020

Titular do CPF: JESSICA SILVA MARTINS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA 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

JESSICA SILVA MARTINS : 033.108.852-59

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: 15/06/2020
Nome: JESSICA SILVA MARTINS
CPF: 033.108.852-59

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JESSICA SILVA MARTINS

MANOEL COELHO NETO