
Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112746

Vítima: MANOEL RODRIGUES TAVARES

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL RODRIGUES TAVARES

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

Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112746

Vítima: MANOEL RODRIGUES TAVARES

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MANOEL RODRIGUES TAVARES

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
--	---

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.

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



Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112746

Vítima: MANOEL RODRIGUES TAVARES

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL RODRIGUES TAVARES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: MANOEL RODRIGUES TAVARES

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000021095-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 599.784.834-00 4 - Nome completo da vítima: Manoel Rodrigues Tanases

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

5 - Nome completo: Manoel Rodrigues Tanases 6 - CPF: 599.784.834-00
7 - Profissão: Agente 8 - Endereço: Rua Hilda 9 - Número: 436 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nova Laran 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.234-452
15 - E-mail: videbeanista.fundacao@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 098199337-5392

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:

Declare, 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\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 A 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 POUÇANÇA (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: 3906 CONTA: 23095 7

(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, resarcimento 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 no 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 não 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, no termos do disposto na Lei nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Viúvo ☐ 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 (vencido)? ☐ 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, estar do ciente, ainda, de que qualquer união ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034095/2018-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/01/2020 12:53 Data/Hora Fim: 30/01/2020 12:53
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: J 042771 Data: 26/08/2018
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegário Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 26/08/2018 14:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Pintolândia
Logradouro: Avenida: José Cassimiro da Silva
Complemento: Frente ao número: 50

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: ALTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MANOEL RODRIGUES TAVARES (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino
Naturalidade: PE - Ouricuri Profissão: Agricultor
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Analia Rodrigues da Silva

Nasc: 16/02/1968

Idade: 51 anos

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Nome do Pai: Onofre Pereira Tavares

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3439590

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Laura Pinheiro Mala
Complemento: casa
Bairro: Pintolândia
Telefone: (95) 99114-8801 (Celular)

Nº: 1681

Nome Civil: RONALDO NASCIMENTO SILVA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Idade: 37 anos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 167.322

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 645.410.702-78

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: José Cassimiro da Silva
Bairro: Santa Luzia

Nº: 806



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034095/2018-A03

Nome Civil: IRIANE DE SOUSA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Estado Civil: União Estável

Idade: 33 anos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 310102-9

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: José Cassimiro da Silva

Bairro: Pintolândia

Nº: 806

Nome Civil: LEIDIANE DA SILVA BARROS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Estado Civil: União Estável

Idade: 25 anos

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Laura Pinheiro Maia

Bairro: Pintolândia

Nº: 1681

Nome Civil: AELYCA OLIVEIRA TAVARES (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Empresário

Estado Civil: Casado(a)

Nasc: 28/09/1995

Idade: 24 anos

Nome da Mãe: Selma da Silva Tavares

Nome do Pai: Manoel Rodrigues Tavares

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 383769-6

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 031.359.872-05

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV GLAYCON DE PAIVA

Bairro: MECEJANA

Telefone: (95) 99147-1857 (Celular)

Nº: 1412

Nome Civil: FRANCIMAR RODRIGUES DE AMORIM (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Naturalidade: MA - Lago Verde

Profissão: Funcionário Público

Estado Civil: Casado(a)

Nasc: 20/09/1980

Idade: 39 anos

Nome da Mãe: Marlene Veras Rodrigues de Amorim

Nome do Pai: Antonio Alves de Amorim

Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 682.336.742-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA CESAR NOGUEIRA JUNIOR

Bairro: Pintolândia

Nº: 280



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034095/2018-A03

Telefone: (95) 98111-0508 (Celular)	
Razão Social: PM (COMUNICANTE)	
Ramo de Atuação: Órgão público	
Endereço	
Município: Boa Vista - RR	
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)	
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 816.658.302-04	Placa NAK9391
Renavam 00194502937	Número do Motor JL156FMI-208T000701
Número do Chassi 951BJKJG18B0006722	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo TRAXX/JH125 L
Modelo TRAXX/JH125 L	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 19/07/2010	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Manoel Rodrigues Tavares	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado (a),
Informo que fomos acionados pelo CIOPS para atender uma ocorrência de **acidente de trânsito com vítima** no local e horário acima onde a guarnição ao chegar verificou a seguinte situação: QUE no local encontramos duas vítimas caídas ao solo sendo a Sra. **Leidiane** (Grávida de 25 Semanas) passageira da motocicleta e o Sr. **Manoel** (esposo de Leidiane) condutor da motocicleta. QUE o Sr. **Manoel** conduzia seu veículo uma motocicleta TRAXX/JH125 L de cor vermelha na Rua Margarida Caland Paiva sentido Pintolandia/Alvorada e o Sr. **Ronaldo** conduzia seu veículo uma FORD/CORIER 1.6 L de cor verde na Rua José Cassimiro da Silva sentido Bairro/Centro quando em dado momento o veículo COURIER colidiu na parte lateral da motocicleta arremessando o veículo e as vítimas a uma distância aproximada de 15 metros do ponto de impacto, QUE após a colisão o Sr. **Ronaldo** (em visível estado de embriaguez alcoólica segundo populares no local) fugiu do local sem prestar socorro as vítimas, que desceu do carro mais a frente após passar por cima de uma das rodas da moto pegou o para-choque da COURIER e colocou dentro da carroceria e seguiu em direção a sua casa possivelmente, QUE de imediato a guarnição acionou o SAMU para prestar atendimento as vítimas, QUE havia uma aglomeração de pessoas no local e uma testemunha se apresentou para a guarnição o Sr. **Francimar** onde nos informou que seguiu o condutor da COURIER e sabe informar o local exato onde o mesmo teria escondido o carro, QUE nesse momento passou um veículo taxi lotação e a população começou a gritar dizendo que o condutor Sr. **Ronaldo** estaria dentro do lotação em fuga, QUE de imediato fizemos o acompanhamento e abordagem ao taxi lotação, QUE o taxi lotação era conduzido pelo Sr. **Iriane** (Esposa do Sr. Ronaldo) onde perguntado a mesma sobre a situação ela disse para a guarnição que hoje era o aniversário de seu filho e que seu esposo estaria ingerindo bebida alcoólica em comemoração ao aniversário e que teria saído para ir numa farmácia quando houve o atropelamento, **Iriane** confirma que seu esposo chegou bastante assustado e saiu de casa logo em seguida tomando rumo ignorado sem dar mais explicações, QUE do local da abordagem ao taxi lotação **Iriane** nos levou até sua casa e não encontramos mas o Sr. **Ronaldo** no local nem tampouco o veículo, QUE no local compareceu o Sr. **Odairan Souza (OAB-1843/RR)** se identificando como sendo o advogado do Sr. **Ronaldo** e teria feito contato com o mesmo via telefone e informou para a guarnição que o seu cliente iria se entregar na delegacia ainda hoje, QUE após realizados os trabalhos periciais de praxe a motocicleta foi entregue para a filha do condutor a Sra. **Aelyca**, QUE as vítimas foram atendidas pela VTR-SAMU Bravo-03 e pela VTR-CBM VTR-02, já os trabalhos periciais foram realizados pelo Perito Sr. **Cleudson**, QUE do acidente o Sr. **Manoel** sofreu fratura exposta na perna esquerda e escoriações nos membros inferiores, a Sra. **Leidiane** sofreu um corte na cabeça, escoriações nos membros inferiores e uma fratura na perna esquerda, já o Bebê (feto) não temos informações pois a vítima está no centro cirúrgico, QUE após coletados dados deslocamos até esta especializada para registro da ocorrência.
Auto de infração Nº SE00118484
Auto de infração Nº SE00118483
Auto de infração Nº SE00118482

Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegário Gomes
Impresso por: Rosana Juçara Vilela Moreira
Data de Impressão: 30/01/2020 12:53

Página 3 de 4



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
RECIBO DE RECOLHIMENTO DE DE CRV / CRLY



RRC

SRPRF ☒ Del. PRF ☒
DRPRF ☒ Posto PRF ☒
NÚMERO **Nº 717509**

1. IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL E DO PRF

(1) BR **1.7.4** (2) Km **1.366** (3) DATA **25.02.15** (4) HORÁRIO **15:40** (5) A.I.N. **RR**
(6) MUNICÍPIO **RORAIMA**
(7) PRF RESPONSÁVEL **ANDRÉ COSTA** ASSINATURA

2. RECOLHIMENTO DO DOCUMENTO

(8) **ART. 273 DA LEI 9.503/97**
(9) **ART. 274 DA LEI 9.503/97**
01 ☐ INCISO I: HOUVER SUSPEITA DE FALSIIFICAÇÃO OU ADULTERAÇÃO.
02 ☐ INCISO II: SE O PRAZO DO LICENCIAMENTO ESTIVER VENCIDO.
03 ☒ INCISO III: NO CASO DE RUÍNA DO VEÍCULO, SE A IRREGULARIDADE NÃO PUDER SER SANADA NO LOCAL.

A PARTIR DESTA DATA O CONDUTOR / PROPRIETÁRIO DEVERÁ PROVIDENCIAR A REGULARIZAÇÃO, CONSERTO E/OU REPAROS DO VEÍCULO CONFORME ART. 270, § 2º E 3º, LEI 9.503/97, DA SITUAÇÃO APONTADA, FICANDO O VEÍCULO IMPEDIDO, NESTE PERÍODO, DE TRANSITAR ALÉM DOS LIMITES NECESSÁRIOS À RESOLUÇÃO DO(S) PROBLEMA(S).

(10) A.I.N. **RR** (11) Nº do C.R.V. **RR** EXERCÍCIO **RR** DATA DE EXPEDIÇÃO **RR**
(12) DOCUMENTO RECOLHIDO PARA: 01 ☒ POSTO / BASE OP. DA PRF 02 ☐ DELEGACIA DA PRF 03 ☐ SUP. REGIONAL DE PRF
Local e Município onde o documento foi recolhido: **WDDI, KM 926**

O VEÍCULO DEVERÁ SER APRESENTADO DEVIDAMENTE REGULARIZADO NO PRAZO MÁXIMO DE **(05)** DIAS A CONTAR DA PRESENTE DATA.

3. PROVIDÊNCIAS ADOTADAS

PROVIDENCIAR O LICENCIAMENTO.

Manoel Rodrigues Tavares

4. IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR

(13) NOME DO CONDUTOR **MANOEL RODRIGUES TAVARES**
(14) RG Nº / ORGÃO EMISSOR **348636-2 UF: RR** CPF **599.784.814-00** TELEFONE **991720030**
(15) ENDEREÇO: AV. CARLOS MUNICÍPIO **RR** CIDADE **ESTADO**

5. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

(16) NOME DO PROPRIETÁRIO **MARIZA SOARES COELHO**
(17) PLACA **NAK 9391** UF **RR** MARCA **TRAXX** MODELO **TH12S** RENAVAM **194502937**

6. ENCAMINHAMENTO

INSTITUIÇÃO LOCAL **RR** MUNICÍPIO **RR**
IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE / NOME **RR** MATRÍCULA **RR** ASSINATURA DO AGENTE

7. DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO VEICULAR

PROPRIETÁRIO / CONDUTOR **RR** ASSINATURA
RG-UF / CPF **RR** DATA **RR**
NOME DO POLICIAL **RR** MATRÍCULA **RR** ASSINATURA DO POLICIAL

OBSERVAÇÃO: OS DOCUMENTOS RECOLHIDOS DEVEM SER PROCURADOS NO LOCAL DO RECOLHIMENTO, QUANDO OCORRER A LIBERAÇÃO, TÃO LOGO SEJAM SANADAS AS IRREGULARIDADES QUE MOTIVARAM O RECOLHIMENTO DO DOCUMENTO. A DEVOLUÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO SERÁ FEITA APENAS AO CONDUTOR (INFRATOR), AO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO OU MEDIANTE PROCURAÇÃO. É IMPRESCINDÍVEL A APRESENTAÇÃO DESTES DOCUMENTOS QUANDO DA LIBERAÇÃO.

1ª VIA: USUÁRIO, 2ª VIA: AUTORIDADE COMPETENTE, 3ª VIA: PRF

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 599.784.834-00 4 - Nome completo da vítima: Manoel Rodrigues Tanases

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

5 - Nome completo: Manoel Rodrigues Tanases 6 - CPF: 599.784.834-00
7 - Profissão: Agente 8 - Endereço: Rua Hilda 9 - Número: 436 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nova Laran 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.234-452
15 - E-mail: videbanista.fundacao@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (98) 99337-5392

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:

Declare, 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\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A 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: 3906 CONTA: 23095 7
(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, resarcimento 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 no 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 não 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, no termos disposto na Lei nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Viúvo ☐ 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 (vencer)? ☐ 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, estar do ciente, ainda, de que qualquer união ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA CAPITAL - CPC
2º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR
"Para Proteger e Servir a Comunidade"
"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

VTR	SL/Operac.	Data	Sub Setor	HS/Transmissão	HS/Inicial	HS/Chogada	HS/Final
105	2º BPC	26/08/2018	Oeste	14:00	14:00	14:02	16:45
Cód. Ocorrência		Cód. Providência		Cód. Serv. Prestado		Km/F	
1001/1003/1012		13006/13023/13005		14011		76551 76560	

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Rua/Av.: Rua, José Cassimiro da Silva (em frente ao nº 50) Nº Bairro: Pintolândia Ref.: cruzamento com Margarida Caland Paiva

PESSOAS RELACIONADAS

1	CONDUTOR/ VEÍCULO	Nome: Ronaldo Nascimento Silva	Idade: 37 anos	E. Civil: Casado
Endereço: Rua, José Cassimiro da Silva		Nº 806	Bairro: Santa Luzia	
RG: 187.322 SSP/RR		CPF: 645.410.702-78	CNH: 02379051098	Profissão:
2	CONDUTOR/ MOTOCICLETA	Nome: Manoel Rodrigues Tavares	Idade: 50 anos	E. Civil: Divorciado
Endereço: Rua, Laura Pinheiro Maia		Nº 1681	Bairro: Pintolândia	
RG: não soube informar		CNH: não possui	Profissão: Pedreiro	
3	VITIMA/ PASSAGEIRA	Nome: Leidiane da Silva Barros	Idade: 25 anos	E. Civil: União estável
Endereço: Rua, Laura Pinheiro Maia		Nº 1681	Bairro: Pintolândia	
RG: não soube informar		CPF:	Profissão: Do Lar	
4	TESTEMUNHA	Nome: Francimar Rodrigues de Amorim	Idade: 37 anos	E. Civil: Casado
Endereço: Rua, Cesar Nogueira Júnior		Nº 280	Bairro: Pintolândia	
RG: 77942997-4 SSP/MA		CPF:	Profissão: Agente de Trânsito	
5	ENVOLVIDA	Nome: Iriane de Sousa	Idade: 33 anos	E. Civil: União estável
Endereço: Rua, José Cassimiro da Silva		Nº 806	Bairro: Santa Luzia	
RG: 310102-9 SSP/RR		CPF:	Profissão: Do Lar	
6	ENVOLVIDA	Nome: Aelyca Oliveira Tavares	Idade: 22 anos	E. Civil: Casada
Endereço: Av, Glaycon de Paiva		Nº 1412	Bairro: Mecejana	
RG: 383769-6 SSP/RR		CPF:	Profissão: Empresária	
7		Nome:	Idade:	E. Civil:
Endereço:		Nº	Bairro:	
RG:			Profissão:	
8		Nome:	Idade:	E. Civil:
Endereço:		Nº	Bairro:	
RG:		Matrícula:	Profissão:	

ARMAS, OBJETOS, VALORES MATERIAIS APREENDIDOS

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-2º B
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 13/02/2020
David Amaral dos Santos
Func. Civil PM/RR
Mat. 044005222

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (IS) ACIMA:

ASSINATURA:

CARGO:

ACP C

LOCAL:

1º DP

HISTÓRICO

2º SGT PM Silva Maia

47000297

2º SGT PM

2º BPM/CPC

David Amaral dos Santos

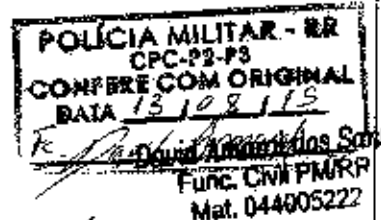
RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

Senhor Delegado (a), Informo que fomos acionados pelo CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima no local e horário acima onde a guarnição ao chegar verificou a seguinte situação: QUE no local encontramos duas vítimas caídas ao solo sendo a Sra. **Leidiane** (Grávida de 25 Semanas) passageira da motocicleta e o Sr. **Manoel** (esposado de Leidiane) condutor da motocicleta, QUE o Sr. **Manoel** conduzia seu veículo uma motocicleta **TRAXX/JH125 L** de cor vermelha na Rua Margarida Caland Paiva sentido Pintelândia/Alvorada e o Sr. **Ronaldo** conduzia seu veículo uma **FORD/CORIER 1.6 L** de cor verde na Rua José Cassimiro da Silva sentido Bairro/Centro quando em dado momento o veículo COURIER colidiu na parte lateral da motocicleta arremessando o veículo e as vítimas a uma distância aproximada de 15 metros do ponto de impacto, QUE após a colisão o Sr. **Ronaldo** (em visível estado de embriaguez alcoólica segundo populares no local) fugiu do local sem prestar socorro as vítimas, que desceu do carro mais a frente após passar por cima de uma das rodas da moto pegou o para-choque da COURIER e colocou dentro da carroceria e seguiu em direção a sua casa possivelmente, QUE de imediato a guarnição acionou o **SAMU** para prestar atendimento as vítimas, QUE havia uma aglomeração de pessoas no local e uma testemunha se apresentou para a guarnição o Sr. **Francimar** onde nos informou que seguiu o condutor da COURIER e sabe informar o local exato onde o mesmo teria escondido o carro, QUE nesse momento passou um veículo taxi lotação e a população começou a gritar dizendo que o condutor Sr. **Ronaldo** estaria dentro do lotação em fuga, QUE de imediato fizemos o acompanhamento e abordagem ao taxi lotação, QUE o taxi lotação era conduzido pela Sra. **Iriane** (Esposa do Sr. Ronaldo) onde perguntado a mesma sobre a situação ela disse para a guarnição que hoje era o aniversário de seu filho e que seu esposo estaria ingerindo bebida alcoólica em comemoração ao aniversário e que teria saído para ir numa farmácia quando houve o atropelamento, **Iriane** confirma que seu esposo chegou bastante assustado e saiu de casa logo em seguida tomando rumo ignorado sem dar mais explicações, QUE do local da abordagem ao taxi lotação **Iriane** nos levou até sua casa e não encontramos mas o Sr. **Ronaldo** no local nem tampouco o veículo, QUE no local compareceu o Sr. **Oderlan Souza (OAB-1845/RR)** se identificando como sendo o advogado do Sr. **Ronaldo** e teria feito contato com o mesmo via telefone e informou para a guarnição que o seu cliente iria se entregar na delegacia ainda hoje, QUE após realizados os trabalhos periciais de praxe a motocicleta foi entregue para a filha do condutor a Sra. **Aelyca**, QUE as vítimas foram atendidas pela **VTR-SAMU Bravo-03** e pela **VTR-CBM VTR-02**, já os trabalhos periciais foram realizados pelo Perito Sr. **Cleidson**, QUE do acidente o Sr. **Manoel** sofreu fratura exposta na perna esquerda e escoriações nos membros inferiores, a Sra. **Leidiane** sofreu um corte na cabeça, escoriações nos membros inferiores e uma fratura na perna esquerda, já o Bebê (feto) não temos informações pois a vítima está no centro cirúrgico, QUE após coletados dados deslocamos até esta especializada para registro da ocorrência.

Auto de infração Nº SE00118484

Auto de infração Nº SE00118483

Auto de infração Nº SE00118482



2º SGT PM Silva Maia
NOME

47000297
CADASTRO

2º SGT PM
POSTO/GRAD

2º BPM/CPC
SUOp

ASSINATURA
Antônio Ronaldo da Silva Maia
SGT PM CPF: 058.555.442-68
Cad. 403628 - Mat. 47000297



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA CAPITAL - CPC
2º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR
"Para Proteger e Servir a Comunidade"
"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

VTR	SU/Operac.	Data	Sub Setor	HS/Transmissão	HS/Inicial	HS/Chegada	HS/Final
105	2º BPC	26/08/2018	Oeste	14:00	14:00	14:02	16:45
Cód. Ocorrência		Cód. Providência		Cód. Serv. Prestado		KmI	KmF
1001/1003/1012		13006/13023/13005		14011		76551	76560

Rua/Av.: Rua, José Cassimiro da Silva (em frente ao nº 50) Nº Bairro: Pintolândia Ref.: cruzamento com Margarida Caland Paiva

PESSOAS RELACIONADAS

1 CONDUTOR/VEÍCULO Nome: Ronaldo Nascimento Silva Idade: 37 anos E. Civil: Casado

Endereço: Rua, José Cassimiro da Silva Nº 806 Bairro: Santa Luzia

RG: 187.322 SSP/RR CPF: 645.410.702-78 CNH: 02379051098 Profissão:

2 CONDUTOR/MOTOCICLETA Nome: Manoel Rodrigues Távares Idade: 50 anos E. Civil: Divorciado

Endereço: Rua, Laura Pinheiro Maia Nº 1681 Bairro: Pintolândia

RG: não soube informar CNH: não possui Profissão: Pedreiro

3 VITIMA/PASSAGEIRA Nome: Leidiane da Silva Barros Idade: 25 anos E. Civil: União estável

Endereço: Rua, Laura Pinheiro Maia Nº 1681 Bairro: Pintolândia

RG: não soube informar CPF: Profissão: Do Lar

4 TESTEMUNHA Nome: Francimar Rodrigues de Amorim Idade: 37 anos E. Civil: Casado

Endereço: Rua, Cesar Nogueira Júnior Nº 280 Bairro: Pintolândia

RG: 77942997-4 SSP/MA CPF: Profissão: Agente de Trânsito

5 ENVOLVIDA Nome: Iriane de Sousa Idade: 33 anos E. Civil: União estável

Endereço: Rua, José Cassimiro da Silva Nº 806 Bairro: Santa Luzia

RG: 310102-9 SSP/RR CPF: Profissão: Do Lar

6 ENVOLVIDA Nome: Aelyca Oliveira Távares Idade: 22 anos E. Civil: Casada

Endereço: Av, Glaycon de Paiva Nº 1412 Bairro: Mecejana

RG: 383769-6 SSP/RR CPF: Profissão: Empresária

7 Nome: Idade: E. Civil:

Endereço: Nº Bairro:

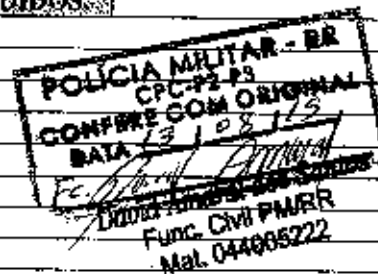
RG: Profissão:

8 Nome: Idade: E. Civil:

Endereço: Nº Bairro:

RG: Matrícula: Profissão:

ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDOS



RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (IS) ACIMA:

ASSINATURA: CARGO: ACP LOCAL: 1º 0/3

HISTÓRICO

2º SGT PM Silva Maia
NOME

47000297
CADASTRO

2º SGT PM
POSTO/GRAD

2º BPM/CPC
SUOp

ASSINATURA
Antonio Ronaldo da Silva Maia
SGT PM CPF: 558.535.442-68
Cad. 403528 - Mat. 47000297

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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:

Declare, 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\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A 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 POUÇANÇA (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: 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, resarcimento 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 no 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 não 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, no termos o disposto na Lei nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Viúvo ☐ 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 (vencer)? ☐ 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, estar do ciente, ainda, de que qualquer união ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): 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):

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 599.784.834-00 4 - Nome completo da vítima: Manoel Rodrigues Tanases

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

5 - Nome completo: Manoel Rodrigues Tanases 6 - CPF: 599.784.834-00
7 - Profissão: Agente de Seguros 8 - Endereço: Rua Lídia 9 - Número: 436 10 - Complemento: lata
11 - Bairro: Nova Lima 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.334-432
15 - E-mail: videbanista.fundencia@hotmail.com 16 - Tel./DDD: (95) 99137-5392

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. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 23095 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 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 do 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo motorizado, 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNJ) ☐ Viúva ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Detalhe do(a) cônjuge da vítima: _____

25 - Grávida ou gestante com a vítima: ☐ Sim ☐ Não 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 nascer ou 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 responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR, 08 de Janeiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Manoel Rodrigues Tanases (arbitr)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL RODRIGUES TAVARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000021095-7

Nr. da Autenticação FD6F26A306BB341B



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0032345-4

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Encarnação, 601 - 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 Impostos autorizado pela SEFAZ RR/RS

Nº da Nota Fiscal

4438535

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCM

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	06/02/2020	370	281,37

EDMILSON BARROS CARVALHO
R. MIDIA 436 - NOVA CANAÃ
CEP: 69.314-412 - BOA VISTA

CPF: 00052924410215

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 24107	Atual: 28/01/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 23737	Anterior: 15/12/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 53	Próxima leitura: 28/02/2020	Ligação: MCM
Constante de Multiplicação: 1,482	Emissão: 17/01/2020	Número Medidor: 22725594
Consumo medido: 372	Apresentação: 28/01/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 370		Medida de: N 1425578

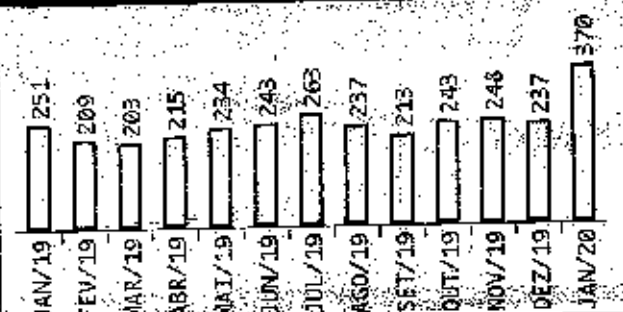
DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	370 A R\$ 0,760481 = 281,37
CORREÇÃO MONETARIA IG 12/19-00	0,01
MULTA POR ATRASO DE 1 12/19-00	0,75
MULTA POR ATRASO 12/19-00	3,62
JUROS DE MORA DE IMPO 12/19-00	0,06
ILUMINACAO PUBLICA	25,08

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM-TRIBUTOS:
0 A 370 - R\$ 6,517700

Média 12 meses: 223

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

LIGUE 0800789120 E FAÇA O PAGAMENTO 1 & 1 16 21 26
Parabéns! Até o dia 17/01/2020, não constam faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

EQ1E 2008 140A R5C8 QRE8 8008 D58C AD01

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	152,94	Encargos:	8,65
Distribuição:	66,50	Tributos:	52,79
Transmissão:	0,20		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ICMS:	17,20%	47,83
281,37	PIS:	0,31%	0,87
	COFINS:	4,45%	12,49

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMC	3.031
Índice	8,85	17,70	35,40	8,46
Realizado	1,14	2,00	0,59	

ROT: 8.001.16.03.065300



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0032345-4

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Enc. Barreto, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.097.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - 3600-B-1
Regime Especial de Impostos autorizado pela SEFAZ 3600/13

Nº da Nota Fiscal

4438535

A Tarifa Social da Energia Elétrica - 186% foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCM

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	06/02/2020	370	281,37

EDMILSON BARROS CARVALHO
R. MIDIA 436 - NOVA CANAÃ
CEP: 69.314-412 - BOA VISTA

CPF: 00052924410215

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 24107	Atual: 28/01/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 23737	Anterior: 15/12/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 53	Próxima leitura: 26/02/2020	Ligação: MONO
Constante de Multiplicação: 1,482	Emissão: 17/01/2020	Número Medidor: 22725594
Consumo medido: 372	Apresentação: 28/01/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 370		Medida de: N 1425578

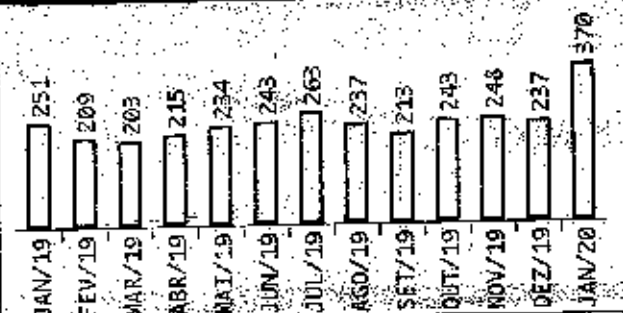
DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	370 A R\$ 0,760481 = 281,37
CORREÇÃO MONETARIA IG 12/19-00	0,01
MULTA POR ATRASO DE 1 12/19-00	0,75
MULTA POR ATRASO 12/19-00	3,62
JUROS DE MORA DE IMPO 12/19-00	0,06
ILUMINACAO PUBLICA	25,08

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM-TRIBUTOS:
0 A 370 - R\$ 6,517700

Média 12 meses: 223

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

LIGUE 0800789120 E FAÇA O PAGAMENTO 1 & 1 16 21 26
Parabéns! Até o dia 17/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

EQ1E 20008 1400A R5C8 QRE8 8008 D58C AD01

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	152,94	Encargos:	9,65
Distribuição:	66,50	Tributos:	52,79
Transmissão:	0,20		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ICMS:	17,20%	47,83
281,37	PIS:	0,31%	0,87
	COFINS:	4,45%	4,89

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMC	3.031
Índice	8,85	17,70	35,40	8,46
Realizado	1,14	2,00	0,59	

ROT: 8.001.16.03.065300

**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: 4675277

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1020749	02/2020	24-JAN-20 a 21-FEB-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
795	16-MAR-20	R\$ 669,97

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
1020749	02/2020	R\$ 669,97

836900000065.699700750002.000000001024.074902200059



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 31

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/BIB/LOTECAWEB/DDCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSARCIMENTO, 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 Denilze Correia Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Romuel Rodrigues Tavares inscrito (a) no CPF sob o nº 599.784.814 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Romuel Rodrigues Tavares

inscrito (a) no CPF sob o nº 599.784.814 / 00 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. General Ataíde Teive</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Cidade: <u>Poa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>lidurboavista.pendencia@hotmail.com</u>	CPF: <u>69.309-000</u>	Tel (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data: Poa Vista - RR 16 de Março 2020

Denilze Correia Santos
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA CAPITAL - CPC
2º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR
"Para Proteger e Servir a Comunidade"
"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

VTR	SL/Operac.	Data	Sub Setor	HS/Transmissão	HS/Inicial	HS/Chogada	HS/Final
105	2º BPC	26/08/2018	Oeste	14:00	14:00	14:02	16:45
Cód. Ocorrência		Cód. Providência		Cód. Serv. Prestado		Km/F	
1001/1003/1012		13006/13023/13005		14011		76551 76560	

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Rua/Av.: Rua, José Cassimiro da Silva (em frente ao nº 50) Nº Bairro: Pintolândia Ref.: cruzamento com Margarida Caland Paiva

PESSOAS RELACIONADAS

1	CONDUTOR/ VEÍCULO	Nome: Ronaldo Nascimento Silva	Idade: 37 anos	E. Civil: Casado
Endereço: Rua, José Cassimiro da Silva		Nº 806	Bairro: Santa Luzia	
RG: 187.322 SSP/RR		CPF: 645.410.702-78	CNH: 02379051098	
Profissão:		Idade: 50 anos		E. Civil: Divorciado
2	CONDUTOR/ MOTOCICLETA	Nome: Manoel Rodrigues Tavares	Idade: 50 anos	E. Civil: Divorciado
Endereço: Rua, Laura Pinheiro Maia		Nº 1681	Bairro: Pintolândia	
RG: não soube informar		CNH: não possui	Profissão: Pedreiro	
3	VITIMA/ PASSAGEIRA	Nome: Leidiane da Silva Barros	Idade: 25 anos	E. Civil: União estável
Endereço: Rua, Laura Pinheiro Maia		Nº 1681	Bairro: Pintolândia	
RG: não soube informar		CPF:	Profissão: Do Lar	
4	TESTEMUNHA	Nome: Francimar Rodrigues de Amorim	Idade: 37 anos	E. Civil: Casado
Endereço: Rua, Cesar Nogueira Júnior		Nº 280	Bairro: Pintolândia	
RG: 77942997-4 SSP/MA		CPF:	Profissão: Agente de Trânsito	
5	ENVOLVIDA	Nome: Iriane de Sousa	Idade: 33 anos	E. Civil: União estável
Endereço: Rua, José Cassimiro da Silva		Nº 806	Bairro: Santa Luzia	
RG: 310102-9 SSP/RR		CPF:	Profissão: Do Lar	
6	ENVOLVIDA	Nome: Aelyca Oliveira Tavares	Idade: 22 anos	E. Civil: Casada
Endereço: Av, Glaycon de Paiva		Nº 1412	Bairro: Mecejana	
RG: 383769-6 SSP/RR		CPF:	Profissão: Empresária	
7		Nome:	Idade:	E. Civil:
Endereço:		Nº	Bairro:	
RG:		Nome:		Profissão:
8		Nome:	Idade:	E. Civil:
Endereço:		Nº	Bairro:	
RG:		Matrícula:		Profissão:

ARMAS, OBJETOS, VALORES MATERIAIS APREENDIDOS

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-2º BPC
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 13/02/2020
David Amaral dos Santos
Func. Civil PM/RR
Mat. 044005222

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (IS) ACIMA:

ASSINATURA:

CARGO:

ACP C

LOCAL:

1º DP

HISTÓRICO

2º SGT PM Silva Maia

47000297

2º SGT PM

2º BPM/CPC

Handwritten signature and initials

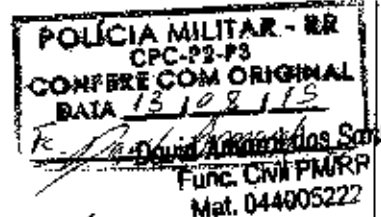
RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

Senhor Delegado (a), Informo que fomos acionados pelo CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima no local e horário acima onde a guarnição ao chegar verificou a seguinte situação: QUE no local encontramos duas vítimas caídas ao solo sendo a Sra. **Leidiane** (Grávida de 25 Semanas) passageira da motocicleta e o Sr. **Manoel** (esposado de Leidiane) condutor da motocicleta, QUE o Sr. **Manoel** conduzia seu veículo uma motocicleta **TRAXX/JH125 L** de cor vermelha na Rua Margarida Caland Paiva sentido Pintelândia/Alvorada e o Sr. **Ronaldo** conduzia seu veículo uma **FORD/CORIER 1.6 L** de cor verde na Rua José Cassimiro da Silva sentido Bairro/Centro quando em dado momento o veículo COURIER colidiu na parte lateral da motocicleta arremessando o veículo e as vítimas a uma distância aproximada de 15 metros do ponto de impacto, QUE após a colisão o Sr. **Ronaldo** (em visível estado de embriaguez alcoólica segundo populares no local) fugiu do local sem prestar socorro as vítimas, que desceu do carro mais a frente após passar por cima de uma das rodas da moto pegou o para-choque da COURIER e colocou dentro da carroceria e seguiu em direção a sua casa possivelmente, QUE de imediato a guarnição acionou o **SAMU** para prestar atendimento as vítimas, QUE havia uma aglomeração de pessoas no local e uma testemunha se apresentou para a guarnição o Sr. **Francimar** onde nos informou que seguiu o condutor da COURIER e sabe informar o local exato onde o mesmo teria escondido o carro, QUE nesse momento passou um veículo taxi lotação e a população começou a gritar dizendo que o condutor Sr. **Ronaldo** estaria dentro do lotação em fuga, QUE de imediato fizemos o acompanhamento e abordagem ao taxi lotação, QUE o taxi lotação era conduzido pela Sra. **Iriane** (Esposa do Sr. Ronaldo) onde perguntado a mesma sobre a situação ela disse para a guarnição que hoje era o aniversário de seu filho e que seu esposo estaria ingerindo bebida alcoólica em comemoração ao aniversário e que teria saído para ir numa farmácia quando houve o atropelamento, **Iriane** confirma que seu esposo chegou bastante assustado e saiu de casa logo em seguida tomando rumo ignorado sem dar mais explicações, QUE do local da abordagem ao taxi lotação **Iriane** nos levou até sua casa e não encontramos mas o Sr. **Ronaldo** no local nem tampouco o veículo, QUE no local compareceu o Sr. **Oderlan Souza (OAB-1845/RR)** se identificando como sendo o advogado do Sr. **Ronaldo** e teria feito contato com o mesmo via telefone e informou para a guarnição que o seu cliente iria se entregar na delegacia ainda hoje, QUE após realizados os trabalhos periciais de praxe a motocicleta foi entregue para a filha do condutor a Sra. **Aelyca**, QUE as vítimas foram atendidas pela **VTR-SAMU Bravo-03** e pela **VTR-CBM VTR-02**, já os trabalhos periciais foram realizados pelo Perito Sr. **Cleidson**, QUE do acidente o Sr. **Manoel** sofreu fratura exposta na perna esquerda e escoriações nos membros inferiores, a Sra. **Leidiane** sofreu um corte na cabeça, escoriações nos membros inferiores e uma fratura na perna esquerda, já o Bebê (feto) não temos informações pois a vítima está no centro cirúrgico, QUE após coletados dados deslocamos até esta especializada para registro da ocorrência.

Auto de infração Nº SE00118484

Auto de infração Nº SE00118483

Auto de infração Nº SE00118482



2º SGT PM Silva Maia
NOME

47000297
CADASTRO

2º SGT PM
POSTO/GRAD

2º BPM/CPC
SUOp

ASSINATURA
Antônio Ronaldo da Silva Maia
SGT PM CPF: 058.555.442-68
Cad. 403628 - Mat. 47000297



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA CAPITAL - CPC
2º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR
"Para Proteger e Servir a Comunidade"
"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

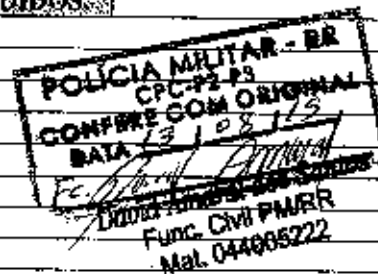
VTR	SU/Operac.	Data	Sub Setor	HS/Transmissão	HS/Inicial	HS/Chegada	HS/Final
105	2º BPC	26/08/2018	Oeste	14:00	14:00	14:02	16:45
Cód. Ocorrência		Cód. Providência		Cód. Serv. Prestado		KmI	KmF
1001/1003/1012		13006/13023/13005		14011		76551	76560

Rua/Av.: Rua, José Cassimiro da Silva (em frente ao nº 50) Nº Bairro: Pintolândia Ref.: cruzamento com Margarida Caland Paiva

PESSOAS RELACIONADAS

1	CONDUTOR/ VEÍCULO	Nome: Ronaldo Nascimento Silva	Idade: 37 anos	E. Civil: Casado
Endereço: Rua, José Cassimiro da Silva		Nº 806	Bairro: Santa Luzia	
RG: 187.322 SSP/RR		CPF: 645.410.702-78	CNH: 02379051098	Profissão:
2	CONDUTOR/ MOTOCICLETA	Nome: Manoel Rodrigues Tavares	Idade: 50 anos	E. Civil: Divorciado
Endereço: Rua, Laura Pinheiro Maia		Nº 1681	Bairro: Pintolândia	
RG: não soube informar		CNH: não possui	Profissão: Pedreiro	
3	VITIMA/ PASSAGEIRA	Nome: Leidiane da Silva Barros	Idade: 25 anos	E. Civil: União estável
Endereço: Rua, Laura Pinheiro Maia		Nº 1681	Bairro: Pintolândia	
RG: não soube informar		CPF:	Profissão: Do Lar	
4	TESTEMUNHA	Nome: Francimar Rodrigues de Amorim	Idade: 37 anos	E. Civil: Casado
Endereço: Rua, Cesar Nogueira Júnior		Nº 280	Bairro: Pintolândia	
RG: 77942997-4 SSP/MA		CPF:	Profissão: Agente de Trânsito	
5	ENVOLVIDA	Nome: Iriane de Sousa	Idade: 33 anos	E. Civil: União estável
Endereço: Rua, José Cassimiro da Silva		Nº 806	Bairro: Santa Luzia	
RG: 310102-9 SSP/RR		CPF:	Profissão: Do Lar	
6	ENVOLVIDA	Nome: Aelyca Oliveira Tavares	Idade: 22 anos	E. Civil: Casada
Endereço: Av, Glaycon de Paiva		Nº 1412	Bairro: Mecejana	
RG: 383769-6 SSP/RR		CPF:	Profissão: Empresária	
7		Nome:	Idade:	E. Civil:
Endereço:		Nº	Bairro:	
RG:			Profissão:	
8		Nome:	Idade:	E. Civil:
Endereço:		Nº	Bairro:	
RG:		Matrícula:		Profissão:

ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDOS



RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (IS) ACIMA:

ASSINATURA: CARGO: ACP LOCAL: 1º 013

HISTÓRICO

2º SGT PM Silva Maia
NOME

47000297
CADASTRO

2º SGT PM
POSTO/GRAD

2º BPM/CPC
SUOp

ASSINATURA
Antonio Ronaldo da Silva Maia
SGT PM CPF: 558.535.442-68
Cad. 403528 - Mat. 47000297

Bloco D

Ata 03109

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS
União de Saúde
Ministério da Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Manoel Rodrigues Torres

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Manoel Rodrigues Torres

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706403688371283

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Amalia Rodrigues Torres

12 - ENDEREÇO (RUA Nº DO ENDEREÇO)

Av. Laura Pinheiro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO
16/02/68

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

167783

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO
1º DO TELEFONE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

Fratura Exposta de Calcâneo
Lesões Importantes de
partes moles.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ato Cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + Curva Pac

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura Exposta de Calcâneo

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ato Cirúrgico de Fratura Exposta de Calcâneo

26 - CÉPIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

16/02/68

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

38 - EMPREGADOR

39 - CNPJ EMPRESA

40 - AUTÔNOMO

41 - DESEMPREGADO

42 - APOSENTADO

43 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - ASSINATURA

49 - CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

16/02/68

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

041504003
R02

5920

1799

HOSPITAL GERAL DE HORAJMA
Rua...
AUTENTICAÇÃO
27 FEV 2020
Certifico e dou fé que é verdadeira
cópia e reprodução fiel
que se apresenta...

405-2



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Manoel Rodrigues Luvares 50 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 06/08/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta e deslocamento Calcâneo

NO DIA 06/08/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura exposta e deslocamento Calcâneo SENDO

OPERADO PELO DR. José Carlos E DR. Pablo

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/09/18 AS 12,00h EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 20/09/18 AS 7,00h COM O
DR. Pablo

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Odinachi Okemba
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 100.100

DA VISTA 03/09/18

MÉDICO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polgar Direito



Manoel Rodrigues Tavares
A. SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL
348636-2

DATA DE EMISSÃO
08/11/2019

MANOEL RODRIGUES TAVARES

FILIAÇÃO

ONOPRE PEREIRA TAVARES

ANÁLIA RODRIGUES TAVARES

NATURALIDADE

OURICURI - PE

DIG. ORIGEM

CERTD CAS AVERB DIVORCIO 52 FLS 52 LIV B-1

2º OF JACUNDÁ - PA

CPF

599.784.814-00

2ª VIA

AMABEU ROCHA TRIANI
Ponto de Emissão
Diretor do IOD

LEI Nº 7.118 DE 28/06/83

DATA DE NASCIMENTO
16/02/1968

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

NOME
 DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/OF
 3142655 SSP RR

CPF
 792.687.152-00

DATA NASCIMENTO
 08/03/1979

FILIAÇÃO
 JOSE DE SOUZA CORREA
 EVANGELINA LOBATO DA
 SILVA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT. HAB.
 B

Nº REGISTRO
 0495342311

VALIDADE
 20/08/2019

1ª HABILITAÇÃO
 31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Assinatura: *Denilze Corêa Dantas*
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
 25/06/2014

58564648026
 RR207683212

DETRAN - RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODAS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 905314502

PERMISSÃO PLASTIFICADA
 905314502

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112746 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL RODRIGUES TAVARES **Data do acidente:** 26/08/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO CALCANEIO ESQUERDA. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Manoel Rodrigues Tavares
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: Divorciado
PROFISSÃO: Autônomo RG: 3486362 CPF: 599.784.714-00
ENDEREÇO: Rua Maria 436 Nova Canaã

VÍTIMA: Manoel Rodrigues Tavares
CPF: 599.784.714-00 DATA DO ACIDENTE: 1/1/1
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

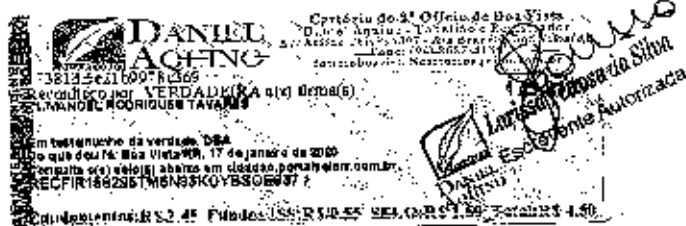
Para requerer o seguro DPVAT por Invalididez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar 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.

17 de 01 de 2020



Manoel Rodrigues Tavares
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089297/20

Vítima: MANOEL RODRIGUES TAVARES

CPF: 599.784.814-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/08/2018

Titular do CPF: MANOEL RODRIGUES TAVARES

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

MANOEL RODRIGUES TAVARES : 599.784.814-00

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: 11/03/2020
Nome: MANOEL RODRIGUES TAVARES
CPF: 599.784.814-00

MANOEL RODRIGUES TAVARES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089297/20

Número do Sinistro: 3200112746

Vítima: MANOEL RODRIGUES TAVARES

CPF: 599.784.814-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/08/2018

Titular do CPF: MANOEL RODRIGUES TAVARES

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 16/03/2020
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

DENILZE CORREA DANTAS

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA