



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 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

Carta nº 15622785



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 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.

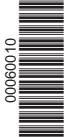
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0001900020 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15622786



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do S. nistro ou, AB:	3 - CPF da vítima: 599.784.834-00	4 - Nome completo da vítima: Manoel Rodrigues Tavares	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Manoel Rodrigues Tavares	6 - CPF: 599.784.834-00	7 - Profissão: Liquenista	8 - Endereço: Rua Niterói
9 - Número: 436	10 - Complemento: Bon Vista	11 - Cidade: Bon Vista	12 - Estado: RR
13 - CEP: 69.334-452	14 - Tel.(DDD): (65) 94337-5392	15 - E-mail: Videbrauista.vanderlei@hotmail.com	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:	<input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM BLNDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none">• Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou• O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou• O IML que atende à 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 me submeter à análise médica presencial, caso necessário. As custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das condições permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, no termo 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 disorde do seu conteúdo.			

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLQY LCJEF 5MP77 PT6J2

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Separado (judicialmente)	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - DEclaro		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (varascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou desfaçanha poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização 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 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
				39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

*Bon Vista - RR, 09 de Maio de 2020
Manoel Rodrigues Tavares*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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

Malo(s) Empregado(s)

Natureza
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MANOEL RODRIGUES TAVARES (COMUNICANTE, VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 16/02/1968	Idade: 51 anos
Naturalidade: PE - Ouricuri	Profissão: Agricultor	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: Casado(a)		Nome do Pai: Onofre Pereira Tavares	
Nome da Mãe: Anatá Rodrigues da Silva			

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3439590

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Laura Pinheiro Mala
Complemento: casa
Bairro: Pintolândia
Telefone: (96) 99114-8801 (Celular)

Nº: 1681

Nome Civil: RONALDO NASCIMENTO SILVA (CONDUTOR)

Idade: 37 anos

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

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
PÓLICIA 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: Feminina
Estado Civil: União Estável

Idade: 25 anos

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rue: 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

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 818.658.302-04	Placa NAK9391
Renavam 00194502937	Número do Motor JL156FMI-208T000701
Número do Chassi 951BJKJG18B000722	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	Envolvidos
Márcio 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. **Maneel** (esposo de Leidiane) condutor da motocicleta. QUE o Sr. **Maneel** conduzia seu veículo uma motocicleta **TRAXX/JH125 L** de cor vermelha na Rua Margarida Caland Paiva sentido Pitolândia/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 às vítimas, que desceu do carro mais a frente após passar por cima de uma das rodas da moto pagou 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 e mesmo 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 acidente, **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 vitimas 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. **Maneel** 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 N° SE00118484

Auto de infração Nº SE00118483

Auto de infração Nº SE00118482

Delegado de Polícia

Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Ongarato Gomes
Impresso por: Rosana Jucara Viçaca Moreira
Data de Impressão: 30/01/2020 12:53
Protocolo: 10000000000000000000000000000000

Página 3 de 4



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ROBOVIÁRIA FEDERAL
RECOLETO DE RECOLHIMENTO DE CRV / CRV



RRC

SRPRF Del.PRF
DRPRF PostoPRF
NÚMERO: N° 717509

1. IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL E DO PRF

(1) BR 174 KM 1360 (2) DATA 25/02/15 (4) HORÁRIO 15h40m

(5) A.I.N. _____
(6) MUNICÍPIO RORAIMA
NÓS

(7) PRF RESPONSÁVEL ANDRÉS COSTA

ASSINATURA

UF RR

2. RECOLHIMENTO DO DOCUMENTO

(B) ART 273 DA LEI 9.503/97

01 INCISO I
MANUTENÇÃO SUSPEITA DE INADEQUACIA
OU ADVERTÊNCIA

02 INCISO II
SE O PRAZO DE LICENCIAMENTO
ESTIVER VENCIDO

03 INCISO III
NÃO CASO DE IRREGULARIDADE
NÃO PODER SER SANADA NO LOCAL

(B) ART 274 DA LEI 9.503/97

04 INCISO I
MANUTENÇÃO SUSPEITA DE INADEQUACIA
OU ADVERTÊNCIA

05 INCISO II
SE O PRAZO DE LICENCIAMENTO
ESTIVER VENCIDO

06 INCISO III
NÃO CASO DE IRREGULARIDADE
NÃO PODER SER SANADA NO LOCAL

A PARTIR DESTA DATA O CONDUTOR / PROPRIETÁRIO DEVERÁ PROVIDENCIAR A REGULARIZAÇÃO, CONERTO 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.

A.I.N.

A.I.N.

(11) N° IN C.R.L.V./C.R.V.

EXERCÍCIO:

DATA DE EXPEDIÇÃO

(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 → UDXI, KM 926

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

3. PROVIDÊNCIAS AUTOTADAS

PROVIDENCIAL O LICENCIAMENTO.

Manoel Rodrigues da Silva

4. IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR

(13) NOME DO CONDUTOR

MANOEL RODRIGUES SILVA

(14) RG N° ÓRGÃO EMISSO

342636-2 UR: RR CF: 599784-81400

TELEFONE 99720030

(15) ENDERECO AV. CARLOS MUNICÍPIO
OPAIS - ESTADO - CEP

5. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

(16) NOME DO PROPRIETÁRIO

NATALIA SOARES COELHO

(17) PLACA

NAK 9391 UR: RR MARCA / MODELO: TRAXX / TH125 RENAVAM 94502937

6. ENCERRAMENTO

INSTITUIÇÃO LOCAL

MUNICÍPIO / UF

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE / NOME

MATRÍCULA

ASSINATURA DO AGENTE

7. DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO VEICULAR

PROPRIETÁRIO / CONDUTOR

ASSINATURA

RE-UFFICIE

DATA

NOSSO POLICIAL

MATRÍCULA

ASSINATURA DO POLICIAL

OBSERVAÇÃO: OS DOCUMENTOS RECOLHIDOS DEVEM SER PROCURADOS NO LOCAL DO RECOLHIMENTO, QUANDO OCORRERÁ 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 DESTE DOCUMENTO QUANDO DA LIBERAÇÃO.

1ª VIA AUTÔNOMA, 2ª VIA AUTORIZADA COMPETENTE, 3ª VIA PR



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do S. nistro ou, AB:	3 - CPF da vítima: 599.784.834-00	4 - Nome completo da vítima: Manoel Rodrigues Tavares	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Manoel Rodrigues Tavares	6 - CPF: 599.784.834-00	7 - Profissão: Liquenista	8 - Endereço: Rua Niterói
9 - Número: 436	10 - Complemento: Bon Vista	11 - Cidade: Bon Vista	12 - Estado: RR
13 - CEP: 69.334-452	14 - Tel.(DDD): (65) 94337-5392	15 - E-mail: Videbrauista.vanderlei@hotmail.com	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:	<input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM BLNDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none">• Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou• O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou• O IML que atende à 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 me submeter à análise médica presencial, caso necessário. As custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das condições permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, no termo 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 disorde do seu conteúdo.			

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLQY LCJEF 5MP77 PT6J2

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Separado (judicialmente)	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - DEclaro		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (varascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou desfaçanha poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização 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 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
				39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

*Bon Vista - RR, 09 de Maio de 2020
Manoel Rodrigues Tavares*

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 POLICIA MILITAR
"Para Proteger e Servir a Comunidade"
"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 042771

VTR	SU/Operac.	Data	Sub Seção	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. Província		Cód. Serv. Prestado	Kml	KmF	

1001/1003/1012

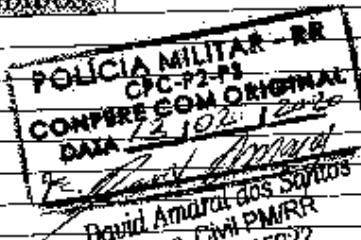
LOCAL DA OCORRÊNCIA

Rua/Av.: Rua, José Cassimiro da Silva (em frente ao nº 50) N° 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	N° 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	N° 1681	Bairro: Pintolândia	
RG: não soube informar	CNI: não possui		Profissão: Pedreiro	
3	VITIMA/PASSAGEIRA	Nome: Leidiane da Silva Barros	Idade: 25 anos	E. Civil: União estável
	Endereço: Rua, Laura Pinheiro Maia	N° 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	N° 280	Bairro: Pintolândia	
RG: 77942997-4 SSP/MA	CPF:		Profissão: Agente de Trânsito	
5	ENVOLVIDA	Nome: Iriane de Souza	Idade: 33 anos	E. Civil: União estável
	Endereço: Rua, José Cassimiro da Silva	N° 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, Glacycon de Paiva	N° 1412	Bairro: Mecejana	
RG: 383769-6 SSP/RR	CPF:		Profissão: Empresária	
7		Nome:	Idade:	H. Civil:
	Endereço:	N°	Bairro:	
RG:			Profissão:	
8		Nome:	Idade:	E. Civil:
	Endereço:	N°	Bairro:	
RG:		Município:	Profissão:	

ITEMS APREENDIDOS, VALORES E MATERIAIS APREENDIDOS



RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (S) ACIMA:

CARGO: XCP C

LOCAL: 61 - DP

ASSINATURA:

HISTÓRICO

2º SGT PM Silva Maia

47000297

2º SGT PM

2º BPM/CPC

PF/PA/S-1

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

Senhor Delegado (a), Informo que fomos acionados pelo **CIOPS** para atender uma ocorrência de **acidente de trânsito com vitima** 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 Pintolândia/Alvorada e o Sr. **Ronaldo** conduzia seu veículo uma **FORD/COURIER 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 alcóolica 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 pericias 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.

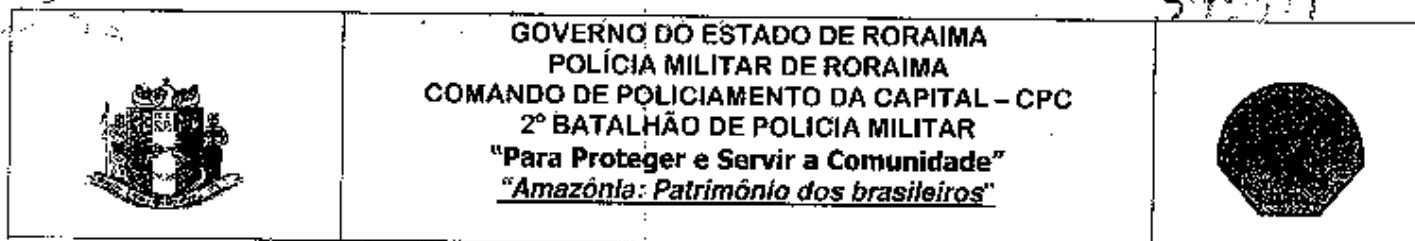
Auto de infração Nº SE00118484
Auto de infração Nº SE00118483
Auto de infração Nº SE00118482

(Assinatura)

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFIRME COM ORIGINAL
DATA 13/01/2021
<i>F. A. S. Souza</i>
Assinatura de Fábio Alves Souza
Func. CIVI PMRR
Mat. 044005222

2º SGT PM Silva Maia	47000297	2º SGT PM	2º BPM/CPC
NOME	CADASTRO	POSTO/GRAD	SUOp

(Assinatura)
Antônio Ronaldo da Silva Maia
SGT PM CPF: 688.535.442-68
Cad. 403628 - Mat. 47000297



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

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

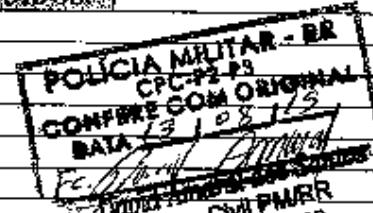
VTR	SU/Operac.	Data	Sub Setor	HS/Transmissão	HS/Initial	HS/Chegada	HS/Final
105	2º BPC	26/08/2018	Oeste	14:00	14:00	14:02	16:45
Cód. Ocorrência		Cód. Providência		Cód. Serv. Prestado		KmI	KmF
1001/1003/1012		13006/13023/13005		14011		76551	76560

Rua/Av.: Rua, José Cassimiro da Silva (em frente ao nº 50) Nº Bairro: Pitolândia 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: Pitolândia	
	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: Pitolândia	
	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: Pitolândia	
	RG: 77942997-4 SSP/MA CPF:		Profissão: Agente de Trânsito	
5	ENVOLVIDA	Nome: Iraniç 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:	Matricula:	Profissão:	

ARMAS, OBJETOS, MATERIAIS, VALORES E DOCUMENTOS



RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (S) ACIMA:

ASSINATURA:

CARGO: ACP C

LOCAL: 11-510

HISTÓRICO

2º SGT PM Silva Maia
NOME

47000297
CADASTRO

2º SGT PM
POSTO/GRAD

2ºBPM/CPC
SUOp

ASSINATURA
Antônio Repálio da Silva Maia

SGT PM CPF: 658.535.442-68
Ced. 403528 Mat. 47000297



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do S. nistro ou, AB:	3 - CPF da vítima: 599.784.834-00	4 - Nome completo da vítima: Manoel Rodrigues Tavares	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Manoel Rodrigues Tavares	6 - CPF: 599.784.834-00	7 - Profissão: Liquenista	8 - Endereço: Rua Niterói
9 - Número: 436	10 - Complemento: Bon Vista	11 - Cidade: Bon Vista	12 - Estado: RR
13 - CEP: 69.334-452	14 - Tel.(DDD): (65) 94337-5392	15 - E-mail: Videbrauista.vanderlei@hotmail.com	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:	<input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM BLNDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none">• Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou• O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou• O IML que atende à 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 me submeter à análise médica presencial, caso necessário. As custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das condições permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, no termo 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 disorde do seu conteúdo.			

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLQY LCJEF 5MP77 PT6J2

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	24 - DEclaro:	25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos:
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem essa condição, estando elas, ainda, de que qualquer omisão ou desfaçanha não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.				

34
Nome: Joao Alves Barbosa Filho
Data: 20/01/2021
Assinatura:

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Bon Vista - RR, 29 de Maio de 2020
Manoel Rodrigues Tavares (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro da ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Mamuel Rodrigues Tavares</i>	
5 - Nome completo: <i>Mamuel Rodrigues Tavares</i>			
7 - Profissão: <i>Agricultor</i>	8 - Endereço: <i>Rua Nidia</i>	9 - Número: <i>436</i>	10 - Complemento: <i>lara</i>
11 - Bairro: <i>Vila Europa</i>	12 - Cidade: <i>Bonito</i>	13 - Estado: <i>PR</i>	14 - CEP: <i>60.334-452</i>
15 - E-mail: <i>lidelbarreiros.tendencia@hotmail.com</i>		16 - Tel./DDDI: <i>(96) 99113-5892</i>	

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 - CEP do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os beneficiários). Assinale uma opção:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 3906	CONTA: 23.005	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir)		(Inserir o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, na 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

<input checked="" type="checkbox"/> 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 6.134/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none">• 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 30 (trinta) dias do pedido.
Solicito o preseguimento 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 avaliação médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes necessárias de acidente de trânsito causado por veículo particular, conforme o disposto na Lei 6.134/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde da sua conclusão.

23 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no civil)	<input type="checkbox"/> Separado (no civil)	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no civil)	<input type="checkbox"/> Separado (no civil)	<input type="checkbox"/> Viúvo
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou pais/irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso device, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, deixando nenhuma, ainda, de que qualquer omissão ou esclarecimento não verdadeiro poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34	35 - Nome legível de quem assina a petição (a rago)	38 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a petição (a rago)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a petição (a rago)	39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Bonito - PR, 33 de Maio de 2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Mamuel Rodrigues Tavares*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 constatar com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0052545-4

4438535

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eric Garoté, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.145.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-4
Nota Fiscal / Conta de Energia Pública - Série B-1
Região Especial de Imprensa autorizada pelo SEFAZ/RR Série B

Nº da Nota Fiscal

Alíquota Social da Energia Elétrica - ISEF (al. criada
pela Lei nº 10.458 de 26 de abril de 2002, FCA/RR)

CONTA N°S	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
INTERNO 2020	17/01/2020	370	281,37

EDMILSON BARROS CARVALHO
R. MTDIA 436 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-412 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 24197	Atual: 22/01/2020	1.1.1.1.
Anterior: 23739	Anterior: 15/12/2019	Grupo/Subgrupo: RFB1DEN0340.
Binô de consumo: 33	Próxima leitura: 24/02/2020	Classe/Subclasse: MONO
Constante de Multiplicação: 1.002	Emissão: 17/01/2020	Número Medidor: EZ725594
Consumo médio: 372	Aproximada: 28/01/2020	Forma de Faturamento: NORMA
Consumo Pátrado: ...		Motivador: N 1425593

DESCRICAÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	370 A R\$ 0,760481 =	281,37
CORRECÇÃO MONETÁRIA IG 12/19-00		0,01
MULTA POR ATRASO DE I 12/19-00		0,75
MULTA POR ATRASO 12/19-00		3,62
JUROS DE MORA DE IMPO 12/19-00		0,06
ILUMINACAO PÚBLICA		25,08

OUTRAS INFORMAÇÕES	
TARIFA SEM TRIBUÍTOS:	Ba 390 - 0,61770
Média 12 meses:	203

HISTÓRICO DE MEDICÃO											
JAN/19	251	FEV/19	209	MAR/19	203	ABR/19	215	MAY/19	234	JUN/19	243
JUL/19	268	AGO/19	237	SET/19	213	OUT/19	243	NOV/19	246	DEZ/19	237
JAN/20	370										



RESERVADO AO FISCO	FG1E MO08 140A 85C8 0BE8 8008 058C AD01
COMPOSIÇÃO DA CONTA - RS	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - RS
Energia: 152,94	Base de Cálculo: ICMS: 19,20%
Distibuidoras: 66,50	PIB: 0,31%
Transmissão: 0,26	COFINS: 4,45%
	IR: 47,83
	PIS: 8,87
	COFINS: 4,89

INDICADORES DE CONTINUIDADE				
	DIC	FIC	DIFC	2.091
Inteiro	8,85	17,70	35,40	8,46
Realizado	1,14	2,00	0,59	

*** ROT: 8.001.16.03.065300



Para constatar com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0052545-4

4438535

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eric Garoté, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.145.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-4
Nota Fiscal / Conta de Energia Pública - Série B-1
Região Especial de Imprensa autorizada pelo SEFAZ/RR Série B

Nº da Nota Fiscal

Alíquota Social da Energia Elétrica - ISEF (al. criada
pela Lei nº 10.458 de 26 de abril de 2002, FCA/RR)

CONTA N°S	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
INTERNO 2020	17/01/2020	370	281,37

EDMILSON BARROS CARVALHO
R. MTDIA 436 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-412 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 24197	Atual: 22/01/2020	1.1.1.1.
Anterior: 23739	Anterior: 15/12/2019	Grupo/Subgrupo: RFB1DEN0340.
Binô de consumo: 33	Próxima leitura: 24/02/2020	Classe/Subclasse: MONO
Constante de Multiplicação: 1.002	Emissão: 17/01/2020	Número Medidor: EZ725594
Consumo médio: 372	Aproximada: 28/01/2020	Forma de Faturamento: NORMA
Consumo Pátrado: ...		Motivador: N 1425593

DESCRICAÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	370 A R\$ 0,760481 =	281,37
CORRECÇÃO MONETÁRIA IG 12/19-00		0,01
MULTA POR ATRASO DE I 12/19-00		0,75
MULTA POR ATRASO 12/19-00		3,62
JUROS DE MORA DE IMPO 12/19-00		0,06
ILUMINACAO PÚBLICA		25,08

OUTRAS INFORMAÇÕES	
TARIFA SEM TRIBUÍTOS:	Ba 390 - 0,61770
Média 12 meses:	203

HISTÓRICO DE MEDICÃO											
JAN/19	251	FEV/19	209	MAR/19	203	ABR/19	215	MAY/19	234	JUN/19	243
JUL/19	268	AGO/19	237	SET/19	213	OUT/19	243	NOV/19	246	DEZ/19	237
JAN/20	370										



RESERVADO AO FISCO	FG1E MO08 140A 85C8 0BE8 8008 058C AD01
COMPOSIÇÃO DA CONTA - RS	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - RS
Energia: 152,94	Base de Cálculo: ICMS: 19,20%
Distibuidoras: 66,50	PIB: 0,31%
Transmissão: 0,26	COFINS: 4,45%
	IR: 47,83
	PIS: 8,87
	COFINS: 4,89

INDICADORES DE CONTINUIDADE				
	DIC	FIC	DIFC	2.091
Inteiro	8,85	17,70	35,40	8,46
Realizado	1,14	2,00	0,59	

*** ROT: 8.001.16.03.065300

13/03/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 02/2020 referente a UC: 1020749



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: 4020-1598 / Outras regiões: 0800 022 12 64

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 66 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 28

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=29686>

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 RÉSSEGURO; 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 N° 8.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Lorrai Santos

Inscrito (a) no CPF/CNRI 792.657.152-100 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ramuel Rodrigues Tavares Inscrito (a) no CPF sob o N° 599.784.814-00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ramuel Rodrigues Tavares

Inscrito (a) no CPF sob o N° 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.

Enderéco:	<u>Av. General Alando Teixeira</u>	Número:	<u>2748</u>	Complemento:	<u>02</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Macapá</u>	Estado:	<u>Acre</u>
E-mail:	<u>lidiavcavista.pendencia@hotmail.com</u>			CPF:	<u>69.309-000</u>
				Tel. (DDD):	<u>(65) 99117-5393</u>

Local e Data: Macapá - RR 16 de Março 2020

Denilze Lorrai Santos

Assinatura do Declarante



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



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 042771

VTR	SU/Operac.	Data	Sub Seção	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. Província		Cód. Serv. Prestado	Km1	KmF	

1001/1003/1012

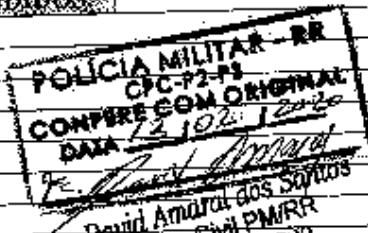
LOCAL DA OCORRÊNCIA

Rua/Av.: Rua, José Cassimiro da Silva (em frente ao nº 50) N° 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	N° 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	H. Civil: Divorciado
	Endereço: Rua, Laura Pinheiro Maia	N° 1681	Bairro: Pintolândia	
	RG: não soube informar	CNII: não possui	Profissão: Pedreiro	
3	VITIMA/PASSAGEIRA	Nome: Leidiane da Silva Barros	Idade: 25 anos	E. Civil: União estável
	Endereço: Rua, Laura Pinheiro Maia	N° 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	N° 280	Bairro: Pintolândia	
	RG: 77942997-4 SSP/MA	CPF:	Profissão: Agente de Trânsito	
5	ENVOLVIDA	Nome: Iriane de Souza	Idade: 33 anos	E. Civil: União estável
	Endereço: Rua, José Cassimiro da Silva	N° 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, Glacycon de Paiva	N° 1412	Bairro: Mecejana	
	RG: 383769-6 SSP/RR	CPF:	Profissão: Empresária	
7		Nome:	Idade:	H. Civil:
	Endereço:	N°	Bairro:	
8		Nome:	Profissão:	
	Endereço:	N°	Bairro:	
	RG:	Matricula:	Profissão:	

ITEMS APREENDIDOS, VALORES E MATERIAIS APREENDIDOS



RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (S) ACIMA:

ASSINATURA:

CARGO: XCP/C

LOCAL: 61º DP

HISTÓRICO

2º SGT PM Silva Maia

47000297

2º SGT PM

2º BPM/CPC

PF/PA/S-1

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** (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 Pintolândia/Alvorada e o Sr. **Ronaldo** conduzia seu veículo uma **FORD/COURIER 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 alcóolica 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 pericias 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.

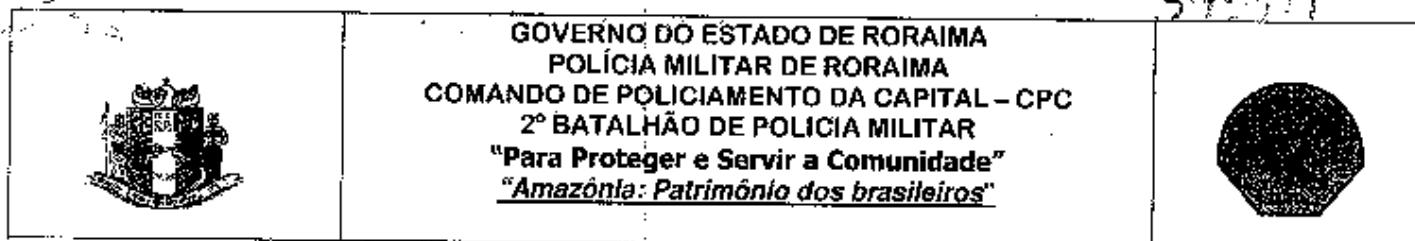
Auto de infração Nº SE00118484
Auto de infração Nº SE00118483
Auto de infração Nº SE00118482

(Assinatura)

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFIRME COM ORIGINAL
DATA 13/01/2021
<i>F. A. S. Souza</i>
Assinatura de Fábio Alves Souza
Func. CIVI PMRR
Mat. 044005222

2º SGT PM Silva Maia	47000297	2º SGT PM	2º BPM/CPC
NOME	CADASTRO	POSTO/GRAD	SUOp

(Assinatura)
Antônio Ronaldo da Silva Maia
SGT PM CPF: 688.535.442-68
Cad. 403628 - Mat. 47000297



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

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

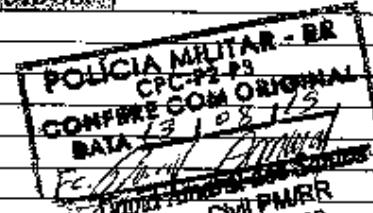
VTR	SU/Operac.	Data	Sub Setor	HS/Transmissão	HS/Initial	HS/Chegada	HS/Final
105	2º BPC	26/08/2018	Oeste	14:00	14:00	14:02	16:45
Cód. Ocorrência		Cód. Providência		Cód. Serv. Prestado		KmI	KmF
1001/1003/1012		13006/13023/13005		14011		76551	76560

Rua/Av.: Rua, José Cassimiro da Silva (em frente ao nº 50) Nº Bairro: Pitolândia 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: Pitolândia	
	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: Pitolândia	
	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: Pitolândia	
	RG: 77942997-4 SSP/MA CPF:		Profissão: Agente de Trânsito	
5	ENVOLVIDA	Nome: Iraniç 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:	Matricula:	Profissão:	

ARMAS, OBJETOS, MATERIAIS, VALORES E DOCUMENTOS



RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (S) ACIMA:

ASSINATURA:

CARGO: ACP C

LOCAL: 11-510

HISTÓRICO

2º SGT PM Silva Maia
NOME

47000297
CADASTRO

2º SGT PM
POSTO/GRAD

2ºBPM/CPC
SUOp

ASSINATURA
Antônio Repálio da Silva Maia

SGT PM CPF: 658.535.442-68
Ced. 403528 Mat. 47000297

405 - Q



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 Pavaes 50 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 26/08/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta clavícula lateralizada

Nº DIA 26/08/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
remoção angulo de fratura exposta clavícula lateralizada Sendo

OPERADO PELO DR. José Alves E DR. Pablo

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

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 20/09/18 AS 7,00 h 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. Odilaschi Okemba
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 340199

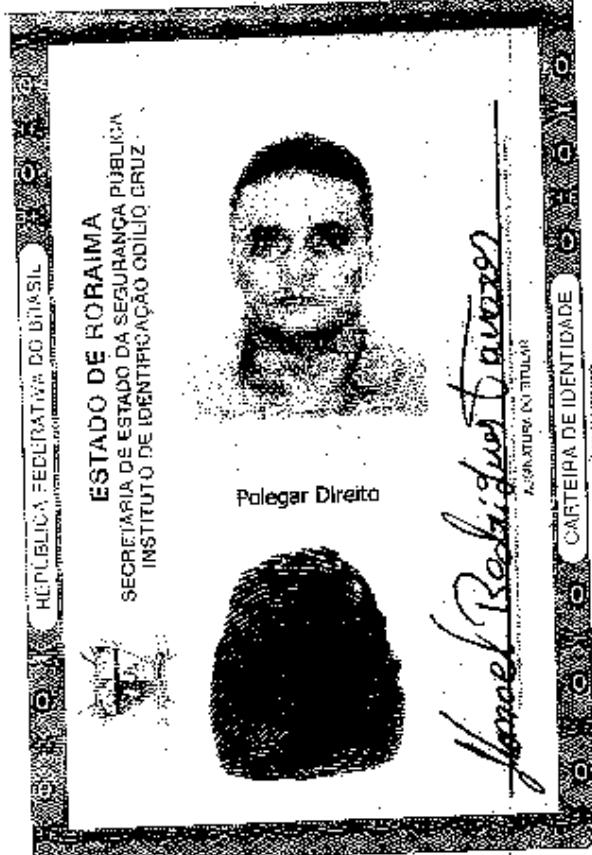
anide

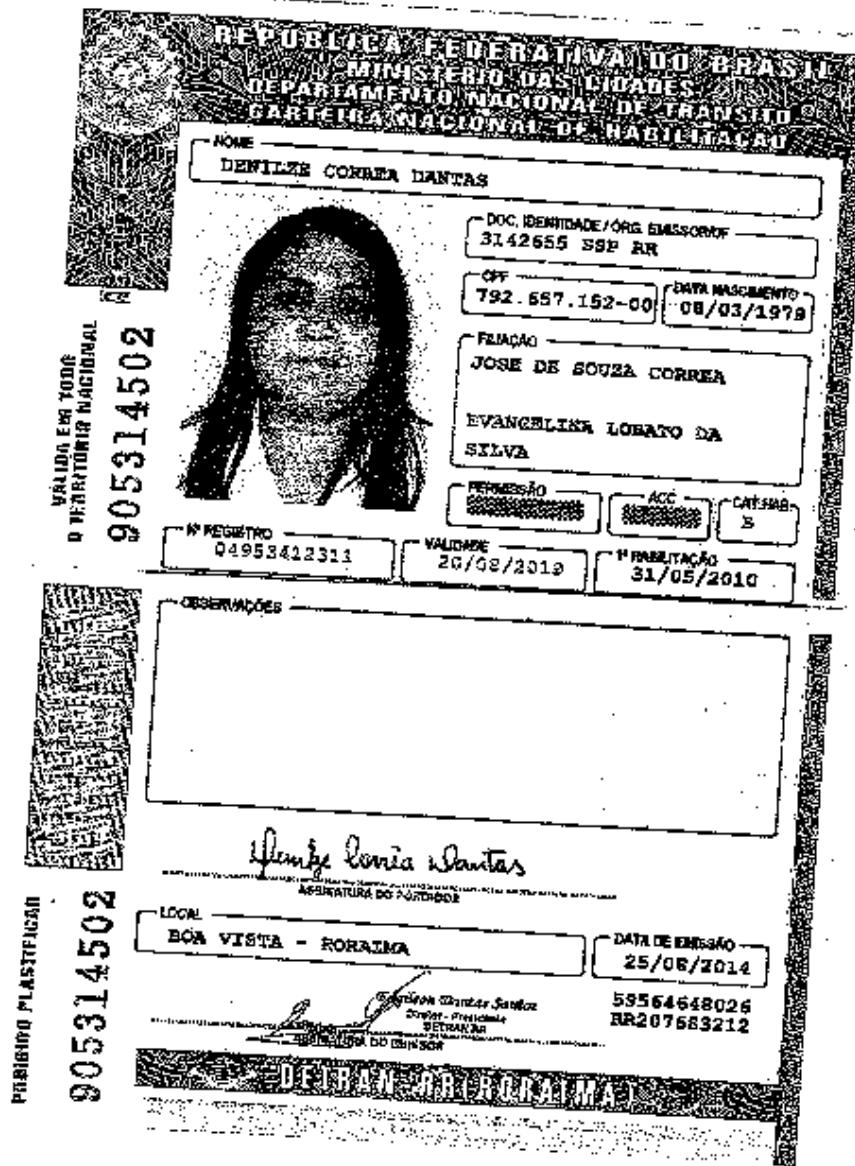
DATA VISTA 03/09/18

anide

MEDICO

VALIDA EM TUDO O TERR. DIAO NACIONAL	
REGISTRO OFICIAL	DATA DE EXPEDICAO:
348636-2	08/11/2019
Nome: MANOEL RODRIGUES TAVARES	
FILHOS(A)J	ONORÉ PEREIRA TAVARES
NATURALIDADE	ANALIA RODRIGUES TAVARES
DOC. ORIGEM	CURURU - PE
CERTIDÃO DE AVERTIMENTO	CERTD CAS AVERB DIVORCIO S2 FLS 52 LIV B-1
CNPJ	2º OF JACUNDÁ - PA
999.784.814-00	AMADEU ROCHA TRAM
22 VIA	Pacto Federativo 2008 - União Geral
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	





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 CALCANEURO 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: Quileno RG: 3486362 CPF: 599.784.714-00
ENDEREÇO: Rua milha 436 Toca Cana

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

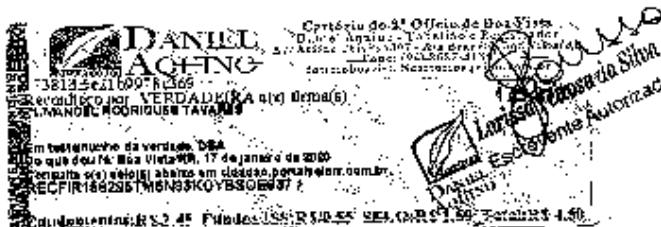
Para requerer o seguro DPVAT por Denilze, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos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



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

Data do acidente: 26/08/2018

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MANOEL RODRIGUES TAVARES

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

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima
[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2956452720210120173451

Processo 0832501-30.2020.8.23.0010 - (29 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)															
Realces																				
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																				
Filtros																				
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>																				
10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10																				
500 por pág. 1																				
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por																	
<input type="checkbox"/> 10	20/01/2021 17:34:51	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">10.1</td><td>Arquivo: Petição</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td> 2778324CONTESTACAO01.pdf</td><td>Público</td></tr> <tr> <td></td><td>10.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td> 2778324CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td>Público</td></tr> <tr> <td></td><td>10.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td> KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td>Público</td></tr> </table>						10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778324CONTESTACAO01.pdf	Público		10.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778324CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público		10.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778324CONTESTACAO01.pdf	Público																
	10.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778324CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público																
	10.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público																
LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 21/01/2021 referente ao evento de expedição seq. 8. EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de MANOEL RODRIGUES TAVARES com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (07/01/2021) CONCEDIDO O PEDIDO CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL RECEBIDOS OS AUTOS REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL																				
JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado SISTEMA CNJ SISTEMA CNJ SISTEMA CNJ SISTEMA CNJ MARLON TAVARES DANTAS Advogado																				