



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. 00019/00020 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15622786

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLQY LCJEF 5MPT7 P76JK





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, 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

Escolho 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 Tavares

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 Tavares 6 - CPF: 599.784.834-00
7 - Profissão: Agente 8 - Endereço: Rua Nilton 9 - Número: 436 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nova Laranjeira 12 - Cidade: Bonito 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.234-432
15 - E-mail: vidobrasilista@netnet.com.br 16 - Tel.(DDD): 195199337-5392

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ 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 POUPANÇA (Sim, para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 23095 7

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, renunciando 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 me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, no termo 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Para o estado da vítima: ☐ Viúva

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 (vencendo)? ☐ 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 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: Bonito RR, 28 de Março de 2020

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	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MANOEL RODRIGUES TAVARES (COMUNICANTE, VÍTIMA)
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: Analia 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: (95) 99114-8801 (Celular)

Nº: 1681

Nome Civil: RONALDO NASCIMENTO SILVA (CONDUTOR)
Idade: 37 anos

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 187.322
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 645.410.702-78

Endereço

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

Nº: 808



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: 310102-8

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: 1631

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

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 383769-8

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)

Nome do Pai: Manoel Rodrigues Tavares

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

Em Serviço: Sim

Nome do Pai: Antonio Alves de Amorim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 682.336.742-04

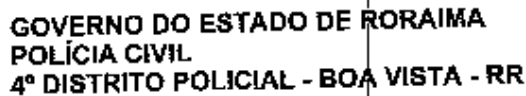
Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA CESAR NOGUEIRA JUNIOR



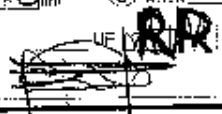
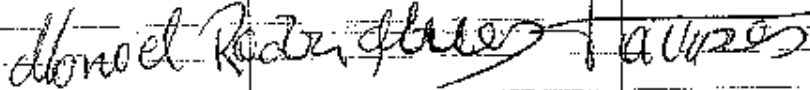
Bairro: Pintolândia

Nº: 280



Nº: 034095/2018-A03

PPe - Procedimento Policial Eletrônico

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL RECIBO DE RECOLHIMENTO DE DE CRV / CRV		 RRC		SRPRF <input checked="" type="checkbox"/> Del.PRF <input checked="" type="checkbox"/> DRPRF <input checked="" type="checkbox"/> PostoPRF <input checked="" type="checkbox"/> NÚMERO Nº 717509	
1. IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL E DO PRF					
(1) BR/134		(2) Km/13660		(3) DATA 25.02.15	
(4) HORÁRIO 15h40		(5) A.L.N.			
(6) MUNICÍPIO RORAINÓPOLIS		(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 <input type="checkbox"/> INCISO I HOUVER SUSPEITA DE MANEIRA DE SUADINTELAÇÃO.		02 <input type="checkbox"/> INCISO II SE O PRAZO DO LICENCIAMENTO ESTIVER VENCIDO.		03 <input checked="" type="checkbox"/> INCISO III NO CASO DE SUSPEITA DO VEÍCULO, SE A IRREGULARIDADE NÃO PUDE 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.L.N.		(11) A.L.N.		(12) A.L.N.	
(13) Nº do C.R.V. / C.R.V.		EXERCÍCIO		DATA DE EXPEDIÇÃO	
(14) DOCUMENTO RECOLHIDO PARA Local e Município onde o DOCUMENTO Foi recolhido		01 <input checked="" type="checkbox"/> POSTO / BASE OP. DA PRF		02 <input type="checkbox"/> DELEGACIA DA PRF	
03 <input type="checkbox"/> SUP. REGIONAL DE PRF					
O VEÍCULO DEVERÁ SER APRESENTADO DEVIDAMENTE REGULARIZADO NO PRAZO MÁXIMO DE (05) DIAS A CONTAR DA PRESENTE DATA.					
3. PROVIDÊNCIAS ADOTADAS					
PROVIDENCIAR O LICENCIAMENTO.					
					
4. IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR					
(16) NOME DO CONDUTOR MANOEL RODRIGUES TAVARES					
(17) REN. Nº ORÇÃO EMISSOR 348636-2 UF: RR CPF 599.784.814-00 TELEFONE 991720030					
(18) ENDEREÇO AV. CARLOS MUNICÍPIO C/ADRE - ESTADUAL					
5. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO					
(19) NOME DO PROPRIETÁRIO NIAIZA SOARES COELHO					
(20) PLACA NAK 9391 UF: RR MARCA TRAXX / TH125 RENAVAM 194502937					
6. ENCAMINHAMENTO					
INSTITUIÇÃO LOCAL		MUNICÍPIO UF			
IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE / NOME		MATRÍCULA		ASSINATURA DO AGENTE	
7. DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO VEICULAR					
PROPRIETÁRIO / CONDUTOR		ASSINATURA			
RE-UF / CUF		DATA			
NOME DO 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 DESTES DOCUMENTOS QUANDO DA LIBERAÇÃO					
1ª VIA: ARQUIVO; 2ª VIA: AUTORIDADE COMPETENTE; 3ª VIA: PRF					



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolho o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESPESES 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 Tavares

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 Tavares 6 - CPF: 599.784.834-00
7 - Profissão: Agente 8 - Endereço: Rua Nilton 9 - Número: 436 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nova Laranjeira 12 - Cidade: Bonito 13 - Estado: MS 14 - CEP: 69.234-432
15 - E-mail: vidobrasilista@net.com 16 - Tel.(DDD): 195199337-5392

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ 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 POUPANÇA (Simiente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 23095 7 AGÊNCIA: CONTA:

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, renunciando 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 me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, no termo 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Para do estado 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 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 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 - Nome legível 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: Bonito MS, 28 de Março de 2020

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 Selo	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		Kml	KmF				
1001/1003/1012		13006/13023/13005		14011		76551	76560				
LOCAL DA OCORRÊNCIA											
Rua/Ay.: 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		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		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 Sousa				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, Glaycon de Paiva		N° 1412		Bairro: Mecejana							
RG: 383769-6 SSP/RR		CPF:		Profissão: Empresária							
7		Nome:				Idade:		E. Civil:			
Endereço:		N°		Bairro:							
RG:		Metrícula:				Profissão:					
8		Nome:				Idade:		E. Civil:			
Endereço:		N°		Bairro:							
RG:		Metrícula:				Profissão:					
ATENÇÃO: OBJETOS MATERIAIS APREENDIDOS											
RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (S) ACIMA:											
ASSINATURA:		CARGO: ACP L				LOCAL: 61º DP					
HISTÓRICO											

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
COMPARE COM ORIGINAL
DATA 12/10/2018
David Amaral dos Santos
Func. Civil PM/RR
Mat. 044005222

2º SGT PM Silva Maia

47000297

2º SGT PM

2º BPM/CPC

[Handwritten signature]

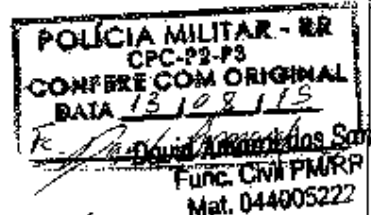
RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

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/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

2ºBPM/CPC
SUOp

ASSINATURA
Delegado Ronaldo da Silva Maia
SGT PM CPF: 058.535.442-68
Cad. 403628 - Mat. 47000297



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



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

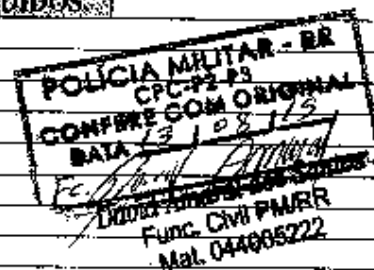
VTR	SU/Operac.	Data	Sub Setor	HS/Transmissão	HS/Inicial	HS/Chegada	HS/Final
105	2º BPC	26/08/2018	Oeste	14:00	14:00	14:02	16:45
Cód. Ocorrência		Cód. Providência		Cód. Serv. Prestado		KmI	KmF
1001/1003/1012		13006/13023/13005		14011		76551	76560

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:		Matricula:		Profissão:

ARMAS, OBJETOS, VALORES MATERIAIS APREENDIDOS



RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (IS) ACIMA:

ASSINATURA: CARGO: ACP LOCAL: 1º DP

HISTÓRICO

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: 558.535.442-68
Cad. 403528 - Mat. 47000297



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolho 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 Tavares

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 Tavares 6 - CPF: 599.784.834-00
7 - Profissão: Agente 8 - Endereço: Rua Nilton 9 - Número: 436 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nova Laranjeira 12 - Cidade: Bonito 13 - Estado: MS 14 - CEP: 69.234-432
15 - E-mail: vidobrasilista@netnet.com.br 16 - Tel.(DDD): 69 3993-5392

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ 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 POUPANÇA (Simiente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 23095 7

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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, renunciando 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 me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, no termo 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Para o estado 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 (nascença)? ☐ 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 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: Bonito MS, 28 de Março de 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (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 Tavares

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 Tavares 6 - CPF: 599.784.834-00
7 - Profissão: Agente 8 - Endereço: Rua Adia 9 - Número: 436 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Nova Lima 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.234-452
15 - E-mail: videbanista@rednet.com.br 16 - Tel./DDD: (95) 99137-5892

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) ☐ 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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que 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 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 no art. 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNJ) ☐ Viúva ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Graude 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 nasduro (filhos nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): 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: 39 - 2ª Nome: _____
CPF: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR, 03 de Janeiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Enc. Barros, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.347.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.097.022-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - 36 de B-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ/RR

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0032345-4

4438535

Nº de Nota Fiscal

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	06/12/2019	370	281,37

EDIELSON BARROS CARVALHO
R. MIDIA 436 - NOVA CANAÃ
CEP: 69.314-412 - BOA VISTA
CPF: 00032924410215

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 24197	Atual: 22/01/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 23737	Anterior: 15/12/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 20/22/2020	Ligação: MONO
Constante de Multiplicação: 1,022	Emissão: 17/21/2020	Número Medidor: E2726594
Consumo medido: 372	Apresentação: 20/01/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 370		Medida de: N 1425503

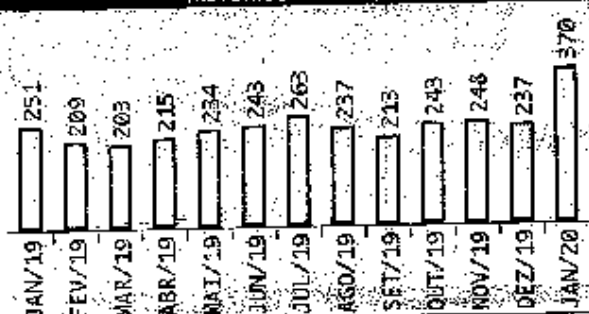
DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	370 A R\$ 0,760481 = 281,37
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 12/19-00	0,01
MULTA POR ATRASO DE 1 12/19-00	0,75
MULTA POR ATRASO 12/19-00	3,62
JUROS DE MORA DE IMPO 12/19-00	0,08
ILUMINAÇÃO PÚBLICA	25,08

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 370 - R\$ 6.617,70

Média 12 meses: 220

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



**MENSAGENS
IMPORTANTES**

**REAVISO DE
VENCIMENTO**

LEI 05/07/91/20 E FAZ OBRIG. VENCIMENTO 15/11/16 21 26
Parabéns! Até o dia 17/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

EQTE 2008 140A 85CS 00R8 800A 058C AD01

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	152,94	Encargos:	9,65
Distribuição:	66,90	Tributos:	52,79
Transmissão:	8,20		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ICMS:	17,20%	47,88
281,37	PIS:	0,31%	0,87
	COFINS:	4,5%	12,66

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FC	DIC2	DIC3
Índice	8,85	17,70	35,40	8,46
Realizado	1,14	2,00	0,59	

ROT: 8.001.16.03.065300



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Enc. Barros, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.347.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.097.022-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - 36 de B-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ 36B/19

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0032345-4

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. FCA/R

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	06/12/2019	370	281,37

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

CPF: 00032924410215

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 24197	Atual: 22/01/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 23737	Anterior: 15/12/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 20/22/2020	Ligação: MONO
Constante de Multiplicação: 1,022	Emissão: 17/21/2020	Número Medidor: E2726594
Consumo medido: 372	Apresentação: 20/01/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 370		Medida de: N 1425503

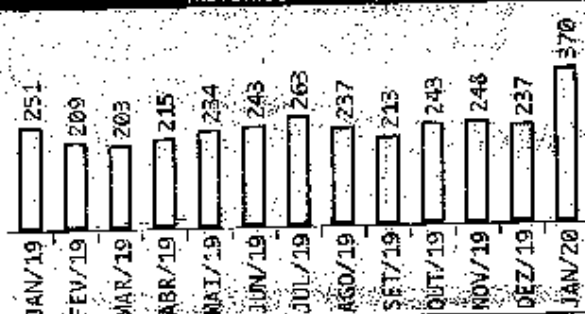
DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	370 A R\$ 0,760481 = 281,37
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 12/19-00	0,01
MULTA POR ATRASO DE 1 12/19-00	0,75
MULTA POR ATRASO 12/19-00	3,62
JUROS DE HORA DE IMPO 12/19-00	0,08
ILUMINAÇÃO PÚBLICA	25,08

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 308 - 0,617708

Média 12 meses: 220

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



**MENSAGENS
IMPORTANTES**

**REAVISO DE
VENCIMENTO**

LEI 05/07/91/20 E FAZ OBRIG. VENCIMENTO 15/11/16 21 26
Parabéns! Até o dia 17/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

EQE 2008 140A 85CS 00R8 8008 058C AD01

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	152,94	Encargos:	9,65
Distribuição:	66,90	Tributos:	52,79
Transmissão:	0,20		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ICMS:	17,20%	47,88
201,37	PIS:	0,31%	0,07
	COFINS:	4,5%	4,89

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FC	DIC2	DIC3
Índice	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.seguraduralider.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: 0800-1596 / 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 Ovidória: 0800-021-91-38

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=23626>

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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO; ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.633/98.

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 Alvaro Teivel</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Cidade: <u>Itaú Visto</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>idurbaavista_residencia@hotmail.com</u>	CPF: <u>69.309-000</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data: Itaú Visto - 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 Selo	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		Kml	KmF				
1001/1003/1012		13006/13023/13005		14011		76551	76560				
LOCAL DA OCORRÊNCIA											
Rua/Ay.: 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		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	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		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:	Metrícula:		Profissão:								
8		Nome:		Idade:		E. Civil:					
Endereço:		Nº		Bairro:							
RG:	Metrícula:		Profissão:								
ATENÇÃO: OBJETOS VALORES MATERIAIS APREENDIDOS											
RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (IS) ACIMA:											
ASSINATURA:		CARGO: ACP L		LOCAL: 61º DP							
HISTÓRICO											

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
COMPARE COM ORIGINAL
DATA 12/10/2018
David Amaral dos Santos
Func. Civil PM/RR
Mat. 044005222

2º SGT PM Silva Maia

47000297

2º SGT PM

2º BPM/CPC

Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho

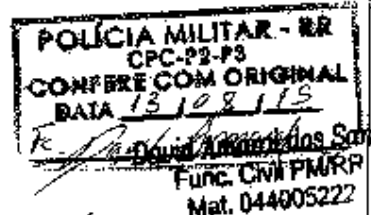
RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

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/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

2ºBPM/CPC
SUOp

ASSINATURA
Delegado Ronaldo da Silva Maia
SGT PM CPF: 058.535.442-68
Cad. 403628 - Mat. 47000297



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



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

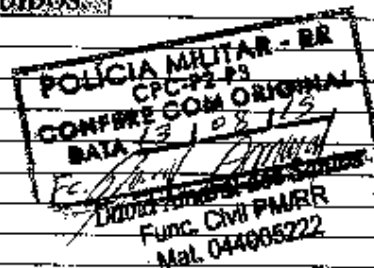
VTR	SU/Operac.	Data	Sub Setor	HS/Transmissão	HS/Inicial	HS/Chegada	HS/Final
105	2º BPC	26/08/2018	Oeste	14:00	14:00	14:02	16:45
Cód. Ocorrência		Cód. Providência		Cód. Serv. Prestado		KmI	KmF
1001/1003/1012		13006/13023/13005		14011		76551	76560

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:		Matricula:		Profissão:

ARMAS, OBJETOS, VALORES MATERIAIS APREENDIDOS



RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (IS) ACIMA:

ASSINATURA:  CARGO: ACP LOCAL: 1º DP

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

Bleco D Ata 03109

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS - Ministério da Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXEDUTANTE
4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
5 - NOME DO PACIENTE
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA Nº DE CASA)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF
16 - CEP

17 - PRINCIPAIS TRAJETÓRIAS CLÍNICAS
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CATEGORIA ASSOCIADA

PROCEDIMENTO SOLICITADO
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - DOCUMENTO
27 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
28 - CÉPIA
29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES E/OU VIOLÊNCIAS)
33 - ACIDENTE DE TRABALHO
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - CNPJ EMPRESA
38 - SÉRIE
39 - EMPREGADO
40 - AUTÔNOMO
41 - CBOE

AUTORIZAÇÃO
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
43 - DOCUMENTO (CNS/CIPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL GERAL DE HORTOLÂNDIA
RUA: VILA MARIA S/N
Horto Hortolândia - SP
13.200-000
AUTENTICAÇÃO
27 FEV 2020
Cópia e Colagem em que o profissional
que contestar a autorização

Dr. João Alves Barbosa Filho
Otorrinolaringologista
Clínica da Joice
CRM 175912/2

041504003
R02
5920
V799

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 26/08/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta e deslocamento lateral

NO DIA 26/08/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura exposta e deslocamento lateral SENDO

OPERADO PELO DR. Jonas E DR. Pablo

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

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 20/09/18 AS 7,00h 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 Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 100100

DA VISTA 03/09/18

MÉDICO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO ESPECIAL **348636-2** DATA DE EMISSÃO **08/11/2019**

NOME **MANOEL RODRIGUES TAVARES**

FILIAÇÃO **ONOPRE PEREIRA TAVARES**
ANÁLIA RODRIGUES TAVARES

NATURALIDADE **OURICURI - PE**

DATA DE NASCIMENTO **16/02/1968**

DOC. ORIGEM **CERTD CAS AVERB DIVORCIO 52 FLS 52 LIV B-1**
2º OF JACUNDÁ - PA

CPF **599.784.814-00**


2ª VIA


ANADILU ROCHA TRIAMI
Diretor de Registro Civil

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direita



Manoel Rodrigues Tavares
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

VALIDA EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL
905314502

NOME
DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FEIÇÃO
JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LOBATO DA SILVA

PERMISSÃO
ACC CAT 12345

Nº REGISTRO
04953412311

VALIDADE
20/08/2019

Nº HABILITAÇÃO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

Denilze Correa Dantas
DENILZE CORREA DANTAS
SECRETARIA DE SEGURANÇA
SECRETARIA DE SEGURANÇA
SECRETARIA DE SEGURANÇA

58564648026
RR207683212

DETRAN - RR (RORAIMA)

VALIDA EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL
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:

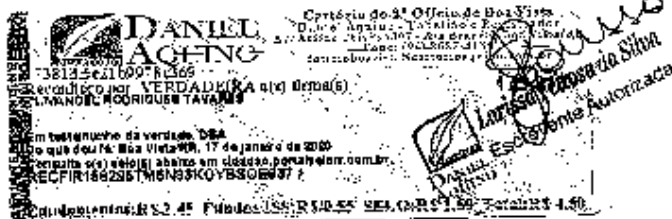
Para requerer o seguro DPVAT por Invalidade z, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar 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 20 20



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



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

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 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
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
9	18/01/2021 08:19:36	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.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div>[+]</div> 8	15/01/2021 13:20:55	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária
7	11/01/2021 01:39:37	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)	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário
<div>[+]</div> 6	07/01/2021 14:44:37	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado
5	22/12/2020 08:54:35	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	22/12/2020 08:54:35	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	22/12/2020 08:54:35	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	22/12/2020 08:54:35	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	22/12/2020 08:54:35	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	MARLON TAVARES DANTAS Advogado