

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da vítima 447.932.592-04	Nome completo da vítima Elias Ribeiro Moura
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Elias Ribeiro Moura	CPF titular da conta 447.932.592-04	Profissão Waldenismo
Endereço Av. Graça Mestre Claudio B. Araújo	Número 634	Complemento
Bairro Equatorial	Cidade Boa Vista	Estado Roraima
Email leivane@hotmail.com	CEP 69.317-352	Telefone (DDD) (95) 99154-4262

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome Caixa BRB 104 AGÊNCIA 3022 D/V 0 8469 D/V 0 (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 02 de Agosto de 2016
Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

Elias Ribeiro Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elias Ribeiro Moura,
RG nº 133 9884, data de expedição 09/10/1986,
Órgão SSP, portador do CPF nº 443.332.592-04, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) _____,
Rua. Gen. Mestre Claudio B. Araújo, nº 654,
Bairro: Equatorial, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Francieleide de Sousa Oliveira,
cujo o condutor era Francieleide de Sousa Oliveira.

Veículo: motocicleta

Modelo: YAMAHA / YS 150 FAZER ED

Ano: 2014

Placa: NAX 7318

Chassi: 9CGK60660EQ30357

Data do Acidente: 09/04/2018

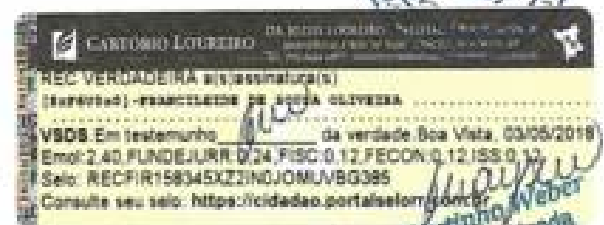
Local e Data: Boa Vista/RR, 25 / 04 / 2018.

Elias Ribeiro Moura
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO
LOUREIRO

Francieleide de Sousa Oliveira
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DOCUMENTO
ORIGINAL



03 AGO. 2018

Thays Corrêna Weber
Secretária Autorizada
Cartório Loureiro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - RR Nº 012322394914
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

UF: 01 CDD: RR/RR/RR RUA: RR/RR/RR EXERCÍCIO: 2017

ELIAS RIBEIRO MOURA

RR

447.332.592-04

MAX7318

PLACA ANT. RR

9C6RG0668E0030257

PAS/MOTOCICLETA/AND. APLIC.

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

YAMAHA/YS150 FAZER ED

ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAF / POT / CL
2P/0149CC/

CATEGORIA
PARTICU

COA. PREDOMINANTE
PRETA

	COTA ÚNICA	VENIC. COTA ÚNICA	VENIC. / COTAS
I	*PAGOR*	*PAGOR*	1*****
P			2*****
V			3*****
A	** PAGO COTA UNICA **		

PREMIO TAXA (R\$) 40.7 OF. DE R\$ 168.5 DATA DE PAGAMENTO 10/08/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OCIDENTAL PROIB SAIR AMAZ

BOA VISTA

DATA 14/08/2017

CONTRIN

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321204 ou 0800 321206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das partes 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flávio Trício de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 333.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elías Ribeiro Moura inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.332.592 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Elías Ribeiro Moura inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.332.592 / 04 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>Rua. Antônio Ribeiro Galvão</u>		Número <u>1532</u>	Complemento <u>Ap-04</u>
Bairro <u>Barutic</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>FLAVIOTR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>99154-4282</u>

Boa Vista 02 de Agosto de 2015
Local e Data

Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1159846

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4
BURITIS
69309209 BOA VISTA RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 07/2018	PERÍODO DE CONSUMO 25-JUN-18 a 25-JUL-18
CONSUMO (kWh) 431	VENCIMENTO 11-AUG-18	TOTAL A PAGAR R\$ 418,07

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 418,07
-------------------------	----------------	-----------------------------

836400000045.180700750003.000000001081.917007180057



03 AGO. 2018

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800643795		30/04/2018 16:50:45		FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		48	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
ELIAS RIBEIRO MOURA				08/12/1967		50 A 4 M 22 D		706807714268127		44733259204		60067580	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
IDENTIDADE		133844		SSP RR		08/05/2015		M		SOLTEIRO/APARDA		BARRA DO CORDA - BRASILEIRA	
Mãe				Nome		Pai		NI		Contato		(95) 98115-3674	
MARIA RIBEIRO MOURA													
Endereço				AVENIDA - GRANMESTRE BARBOSA - 604 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR								Ocupação	
												NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal			
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE											
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso		Pressão	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA											
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.								Registrado por:	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA										ELENILDA SILVA	
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue									
Anamnese de Enfermagem								GSC		TOTAL			
								AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		15			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)													
Paciente vítima de acidente de motocicleta e trauma em M.T. B													
Exame Físico													
Hipótese Diagnóstica													
SADT - Exames Complementares													
☒ RAO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG													
PRESCRIÇÃO								APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
Acetilsalicílico 2 p/dia de NTF e tratamento de 1200h Dr. [assinatura]													
Condução													
☒ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelar ☐ Transferência para:								☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação		Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____			
óbito													
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não								Destino: ☐ Família		Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável								Assinatura do Médico					
Impresso por: elenilda.silva								DOCUMENTO ORIGINAL					
Data Hora: 30/04/2018 16:51:35													



03 AGO. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Elias Ribeiro Moura

CPF da Vítima

447.332.522-041

Data do Acidente

30/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura 02 de Agosto de 2018
Local e Data

DOCUMENTO
ORIGINAL

Elias Ribeiro Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019288/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/05/2018 11:22 Data/Hora Fim: 08/05/2018 11:37
Origem: Polícia Judiciária Data: 08/05/2018
Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/04/2018 16:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: BR-174

Bairro: Cinturão Verde

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095 - Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome: ELIAS RIBEIRO MOURA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade MA - Barra do Corda Sexo: Masculino Nasc: 08/12/1967
Profissão: Autônomo
Estado Civil: União Estável
Raça/Cor: Parda
Nome da Mãe: Maria Ribeiro Moura

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 447.332.592-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua grão mestre claudio barbosa de araujo Nº: 654
Bairro: cruviana
Telefone: (95) 98115-3674 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAX7318	Número do Chassi 30257
Ano/Modelo Fabricação 2014/2014	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo YAMAHA/YS150 FAZER ED	Modelo YAMAHA/YS150 FAZER ED

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019288/2018

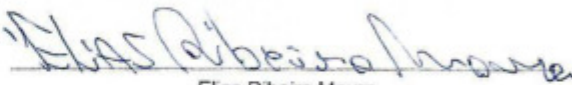
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Elias Ribeiro Moura	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante **ELIAS RIBEIRO MOURA**, não habilitado, relata que na data hora e endereço acima descrito, conduzia a motocicleta supracitada, de sua propriedade, trafegava sentido Boa Vista/Mucajá, quando foi colidido por um veículo CELTA de cor azul; que o suposto infrator não socorreu à vítima, vindo a se evadir do local do acidente; QUE o comunicante foi levado ao HGR por terceiros; QUE devido o acidente o comunicante teve **LESÃO CORPORAL**; QUE o motivo do BO é para fins de requerimento do **SEGURO DPVAT**. É o relato

ASSINATURAS


Maria Selma Melo de Almeida
Agente de Polícia Civil
Mat. 047.000.213
Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento


Elias Ribeiro Moura
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que deli origem, conforme previsto nos Artigos 336-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



DOCUMENTO
ORIGINAL

03 AGO. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da vítima 447.932.592-04	Nome completo da vítima Elias Ribeiro Moura
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Elias Ribeiro Moura	CPF titular da conta 447.932.592-04	Profissão Waldenismo
Endereço Av. Graças Mestre Claudio B Araújo	Número 634	Complemento
Bairro Equatorial	Cidade Boa Vista	Estado Roraima
Email leiverson@hotmail.com	CEP 69.317-352	Telefone (DDD) (95) 99154-4262

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome Caixa BRB 104 AGÊNCIA 3022 D/V 0 CONTA 8469 D/V 0	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 02 de Agosto de 2016
Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

Elias Ribeiro Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal