



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Rosário da Silva PROFISSÃO: AGRICULTOR
ESTADO CIVIL: CASADO, FONE: 99.133-3775,
E-MAIL: RD623039@gmail.com RG: 156921
SSP-RR e CPF: 662.918.872-15 RESIDENTE À
RUA: COMUNIDADE INDIGENA MARACANA Nº 512,
BAIRRO: UIRAMUTÁ pelo presente instrumento procuratório,
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, ____ de ____ de 201__.

X Rosário da Silva

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Rosario da Silva

ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO: AGRICULTOR

RG N° 456921 SSP/RR CPF: 662.918.872-15

ENDEREÇO: COMUNIDADE INDIGENA MABACANÉ
S/N VIRA-MITÁ

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, ____ de ____ de 201 ____.

X ROSARIO DA SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA



Rosário da Silva

ASSINADO DIGITALMENTE

SECRETARIA DE IDENTIDADE

INSTITUTO DA ATIVIDADE

CPF

CPF

552.918.872-15

ROSÁRIO DA SILVA

VALIDADE DO TÍTULO

156.921/28 via

DATA DE EXPIRAÇÃO 05.03.1998

ROSÁRIO DA SILVA

Margareida Silva

Normandia-RR.

DATA DE NASCIMENTO 28.05.1975

N. 74297 L.A-107 P.219 Boa Vista-RR

DATA DE ORIGEM

OK

CEINT 111-DE 2003085

Correios

LOGO

TRABALHADOR

La Ley de Cuentas de Trabajo e Ingresos de la CTS, documento obligatorio para el personal de cualquier empresa que atienda al público en el sector comercial.

Estas observações são registradas, todos os dias, no Controle de Trabalho, e os membros técnicos da Comissão de Acompanhamento formam, como parte da rotina de acompanhamento, uma Comissão Especial para a análise do trabalho, tendo a finalidade de estabelecer as prioridades e a programação da atividade, bem como a programação da produção, e a programação da distribuição de tarefas, e a programação da distribuição de recursos.

O conteúdo de análise contida neste Caderno do Mito.

[illegible]

...

OR

16) UNITED STATES

MINISTÉRIO DO TRABALHO

TALDOS VINICULADOS
 1990-1991
 1992-1993
 1994-1995
 1996-1997
 1998-1999
 2000-2001
 2002-2003
 2004-2005
 2006-2007
 2008-2009
 2010-2011
 2012-2013
 2014-2015
 2016-2017
 2018-2019
 2020-2021
 2022-2023
 2024-2025
 2026-2027
 2028-2029
 2030-2031
 2032-2033
 2034-2035
 2036-2037
 2038-2039
 2040-2041
 2042-2043
 2044-2045
 2046-2047
 2048-2049
 2050-2051
 2052-2053
 2054-2055
 2056-2057
 2058-2059
 2060-2061
 2062-2063
 2064-2065
 2066-2067
 2068-2069
 2070-2071
 2072-2073
 2074-2075
 2076-2077
 2078-2079
 2080-2081
 2082-2083
 2084-2085
 2086-2087
 2088-2089
 2090-2091
 2092-2093
 2094-2095
 2096-2097
 2098-2099
 2100-2101
 2102-2103
 2104-2105
 2106-2107
 2108-2109
 2110-2111
 2112-2113
 2114-2115
 2116-2117
 2118-2119
 2120-2121
 2122-2123
 2124-2125
 2126-2127
 2128-2129
 2130-2131
 2132-2133
 2134-2135
 2136-2137
 2138-2139
 2140-2141
 2142-2143
 2144-2145
 2146-2147
 2148-2149
 2150-2151
 2152-2153
 2154-2155
 2156-2157
 2158-2159
 2160-2161
 2162-2163
 2164-2165
 2166-2167
 2168-2169
 2170-2171
 2172-2173
 2174-2175
 2176-2177
 2178-2179
 2180-2181
 2182-2183
 2184-2185
 2186-2187
 2188-2189
 2190-2191
 2192-2193
 2194-2195
 2196-2197
 2198-2199
 2200-2201
 2202-2203
 2204-2205
 2206-2207
 2208-2209
 2210-2211
 2212-2213
 2214-2215
 2216-2217
 2218-2219
 2220-2221
 2222-2223
 2224-2225
 2226-2227
 2228-2229
 2230-2231
 2232-2233
 2234-2235
 2236-2237
 2238-2239
 2240-2241
 2242-2243
 2244-2245
 2246-2247
 2248-2249
 2250-2251
 2252-2253
 2254-2255
 2256-2257
 2258-2259
 2260-2261
 2262-2263
 2264-2265
 2266-2267
 2268-2269
 2270-2271
 2272-2273
 2274-2275
 2276-2277
 2278-2279
 2280-2281
 2282-2283
 2284-2285
 2286-2287
 2288-2289
 2290-2291
 2292-2293
 2294-2295
 2296-2297
 2298-2299
 2300-2301
 2302-2303
 2304-2305
 2306-2307
 2308-2309
 2310-2311
 2312-2313
 2314-2315
 2316-2317
 2318-2319
 2320-2321
 2322-2323
 2324-2325
 2326-2327
 2328-2329
 2330-2331
 2332-2333
 2334-2335
 2336-2337
 2338-2339
 2340-2341
 2342-2343
 2344-2345
 2346-2347
 2348-2349
 2350-2351
 2352-2353
 2354-2355
 2356-2357
 2358-2359
 2360-2361
 2362-2363
 2364-2365
 2366-2367
 2368-2369
 2370-2371
 2372-2373
 2374-2375
 2376-2377
 2378-2379
 2380-2381
 2382-2383
 2384-2385
 2386-2387
 2388-2389
 2390-2391
 2392-2393
 2394-2395
 2396-2397
 2398-2399
 2400-2401
 2402-2403
 2404-2405
 2406-2407
 2408-2409
 2410-2411
 2412-2413
 2414-2415
 2416-2417
 2418-2419
 2420-2421
 2422-2423
 2424-2425
 2426-2427
 2428-2429
 2430-2431
 2432-2433
 2434-2435
 2436-2437
 2438-2439
 2440-2441
 2442-2443
 2444-2445
 2446-2447
 2448-2449
 2450-2451
 2452-2453
 2454-2455
 2456-2457
 2458-2459
 2460-2461
 2462-2463
 2464-2465
 2466-2467
 2468-2469
 2470-2471
 2472-2473
 2474-2475
 2476-2477
 2478-2479
 2480-2481
 2482-2483
 2484-2485
 2486-2487
 2488-2489
 2490-2491
 2492-2493
 2494-2495
 2496-2497
 2498-2499
 2500-2501
 2502-2503
 2504-2505
 2506-2507
 2508-2509
 2510-2511
 2512-2513
 2514-2515
 2516-2517
 2518-2519
 2520-2521
 2522-2523
 2524-2525
 2526-2527
 2528-2529
 2530-2531
 2532-2533
 2534-2535
 2536-2537
 2538-2539
 2540-2541
 2542-2543
 2544-2545
 2546-2547
 2548-2549
 2550-2551
 2552-2553
 2554-2555
 2556-2557
 2558-2559
 2560-2561
 2562-2563
 2564-2565
 2566-2567
 2568-2569
 2570-2571
 2572

209.24059.14-6

001-0
001-0
001-0

Cocobro da Silva



[illegible]





BOA VISTA ENERGIA S.A.

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69 301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.eletrobrasroraima.com

Ouidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, 26 de abril de 2002
Nota Fiscal / Conta da Energia Elétrica - Série U - Nº 1085897

Registro de Impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

Segunda Via

MARGARIDA SIMAO COSTA

R. CAUBI BRASIL MAGALHAES, 2702

SENADOR HELIO CAMPOS -

CEP 69.316-618 - BOA VISTA - RR

CPF 446.719.382-00 RG 131331 SSP RR 13-01-01

Roteiro: 001.25.36.048200

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único

00718793

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado	
12/07/2018	13/07/2018	13/07/2018	15/08/2018	30	13/07/2018	07/2018	
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Posto	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD	
1.2.1.1	Res. de ind. indígena	Municípios	M. 14.17.001	Normal			
Consumo	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido	Co. s. Faturado
	F2723751	19034	18792	1,00000	5	242	242

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem impostos	Valor
06/2018	174	TUSD (*)	Consumo 30 kWh a 0,196018	0,157610	5,88
05/2018	244	TE (*)	Consumo 70 kWh a 0,336033	0,270190	23,52
04/2018	266	Transmissão	Consumo 120 kWh a 0,504055	0,405290	60,48
03/2018	308	Encargos	Consumo 22 kWh a 0,560059	0,450320	12,32
02/2018	325	Tributos	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		18,63
01/2018	345		Correção Monetária IgpM 05/2018-00		0,09
12/2017	340		Multa Por Atraso De Il. Publica 05/2018-00		0,55
11/2017	353		Juros De Mora Por Atraso De Il. Publica 05/2018-00		0,03
10/2017	415		Multa Por Atraso 05/2018-00		1,99
09/2017	409		Juros De Mora De Importe / Serviços 05/2018-00		0,16
08/2017	464		Desconto Indígena/Quilombola		-10,12
07/2017	411		Subvenção Baixa Renda - 35,27		
Média		Pis - 0,46			
52 meses	338	Cofins - 2,18			

Indicadores de Continuidade: 05/2018

Q1	12 - DISTINTO	05/2018	05/2018	05/2018	05/2018
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual	
DIC	8,45	1,95	16,91	33,82	
FIC	8,46	4,00	16,92	33,84	
DMIC	4,65	0,83	4,66	4,65	

Contas em Débito

Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor	Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor
03/2018	0	16/04/2018	171,85	02/2018	0	16/03/2018	158,07
Total de Contas em Débito: R\$ 329,92							

⇒ Tensão Contratada - 127V Faixa Adequada - 116 a 133V

⇒ Revisão Cadastral 2017-Atualize seus dados no Cadastro Único até 14/12/18 para não perder a Tarifa Social. Informações 0800 707 2003

⇒ Caso haja alteração de endereço de residência em sua futura (LIV) poderá ser cancelada em nome

⇒ canais de atendimento

⇒ Ligue para 0800 707 2003 e faça opção de vencimento de sua conta 16/03/18 21:25

⇒ As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora

Base de Cálculo

102,20

Alíquota

17,00

Valor do ICMS

17,37

Vencimento

16/08/2018

Valor a Pagar

R\$ 113,53

Reservado ao Fisco

0EA9.31CC.AB07.46CF.A309.C719.20EC.6A97

FaturaEnergia.pdf V 9.07.18/02/2018

Esta Fatura está paga!



BOA VISTA ENERGIA S.A.

UC
00718793

Mês Faturado
07/2018

No. FD
00

TC
6

Vencimento
16/08/2018

Valor a Pagar
R\$ 113,53

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 384/2018 - Boa Vista-RR, em 17/07/2018.

COMUNICANTE: ROSÁRIO DA SILVA

RG: 156.921

ÓRGÃO EXP.: SSP/RR

CPF.: 662.918.872-15

END.: COMUNIDADE INDÍGENA MARACANÃ MUNICÍPIO DE UIRAMUTÃ-RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AGRICULTOR

NATURALIDADE: NORMANDIA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 28/05/1975 IDADE: 43 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS. FUND. INCOMP.

ESTADO CIVIL: CASADO

TELEFONE: 99133-3775 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE: MARGARIDA SILVA

Senhor Delegado venho comunicar que aproximadamente às 08:00 horas, do dia 19/10/2017, na BR-174, próximo à Vila do Surumu, Município de Pacaraima – RR.

O comunicante que não é habilitada compareceu nesta Delegacia, para informar que conforme data, horário e local, quando transitava como passageiro no veículo I/TOYOTA HILUX CDLOWM4FD, PLACA NAO-6621, RENAVAM 01107995113, CHASSI 8AJDA8CD6H1870741 E DE PROPRIEDADE DA EMPRESA ASATUR TRANSPORTE LTDA, CNPJ 12.117.963/0001-59, onde a mesma capotou. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado até o HGR por um veículo da SESAI QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÕES CORPORAIS.

ROSÁRIO DA SILVA
ROSÁRIO DA SILVA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 128-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

JEFFERSON MACIEL
Agente de Polícia Civil

17 JUL. 2018

**AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR**

**DOCUMENTO
ORIGINAL
- 16 AGO. 2018**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS	
DETTRAN - RR			
Nº 012920125380			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RN TRC	EXERCÍCIO
2.1	0120/19		2019
NOME			
CPF / CNPJ	PLACA	CHASSI	
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL	ANO	ANO MOD.
MARCA / MODELO	CATEGORIA	VEIC. PREDOMINANTE	
COTA ÚNICA	VENÇ. COTA ÚNICA	VENÇ. COTAS	
		1º	
		2º	
		3º	
PARA PVA	PARCELAMENTO / COTAS		
PRE	PREMIO	PREMIO	PREMIO
DATA			
Assinado digitalmente por Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos			
Detran RR			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS	
DETTRAN - RR			
Nº 012920125380			
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodoctransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
PLACA	MARCA / MODELO	CHASSI	
ANO FAB	DATA INSC		
PRÊMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
FNS (R\$)	DETTRAN (R\$)		
DO BILHETE			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
www.seguradoralider.com.br			

19/10/2017

... Guia de Atendimento 02 ...

VERDE

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



1700853646	19/10/2017 19:13:19	FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA		NOTURNO 19-	
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ROSÁRIO DA SILVA	28/05/1975	42 A 4 M 22 D	704601135689328	86291887215	
Tipos Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDAD	156921	SSPRR	05/03/1998	M	SOLTEIRO(A)
Mãe	Pai		Raça/Cor	Naturalidade	
MARGARIDA SILVA	NAO DECLARADO		PARDA	NORMANDIA - RR	
Endereço	Contato				
VILA - COMUNIDADE BASE MORRO - 000 - - UIRAMUTA - RR	(95) 99175-0715				
				Ocupação	
				NÃO INFORMADA	

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenata
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA			36.90	130 x
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
PRONTO ATENDIMENTO	AMBULANCIA (HOSPITAL)		ORLEAN.SOUZA		

Queixa Principal	☐ Síndrome Febril	☐ Sintomático Respiratório	☐ Suspeita de Dengue
dor no peito, após acidente de trânsito ocorrido em 03/10/2017			

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
nega dm, has é alérgico há medicamento, mas não lembra qual	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

DOCUMENTO
ORIGINAL
16 AGO. 2018

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revella
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Santa Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

☐ IM ☐ Antecâmara Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: envilhanra.lemos
Data Hora: 19/10/2017 19:30:39

Dr. CALANDRINI





MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA - LESTE DE RORAIMA

AV. CAPITÃO ENE GARCEZ, 1874, SÃO FRANCISCO
BOA VISTA - RR - CEP: 69.305-135 FONE (95) 3212 - 3100

FICHA SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO

☐ Urgência e Emergência

☒ Agendamento: Consultas/Exames/Cirurgias

☐ Medicina Tradicional

DADOS DO PACIENTE:

Nome do Paciente: Rosário da Silva Data de Nascimento: 28/05/251
Pólo-Base/Comunidade: Mamo - Mamascaná Etnia: maracá Peso:
Filiação: Margrinda Silva
Acompanhantes: -

DESTINO DO PACIENTE

Casaí ☐ Hospital ☒ U.B.S./Laboratório ☐ Município: Boa Vista

MEIO DE TRANSPORTE

Aéreo: ☐ Terrestre: ☒
Procedência: Mamascaná Destino: Boa Vista - HCM
Responsável: Motorista/Piloto Welande Pradita

AValiação CLÍNICA REALIZADA PELO PROFISSIONAL

ESPECIALIDADE MÉDICA NECESSÁRIA: Análise médica

DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS (sinais e sintomas):

Paciente tem retorno de consulta no dia 26/10/17 às
13:00 hs no HCM em Boa Vista

CONDUTA REALIZADA NA COMUNIDADE: Realizado remoção

Solicitante - Nome/Função: Karine Marques de Sousa - Enfermeira

Radio-Operador - Nome:

Técnico Responsável:

Data da solicitação: 26 / 10 / 17

Data da Remoção: 26 / 10 / 17

Vide Verso: Referência e Contrarreferência

DOCUMENTO
ORIGINAL

Karine Marques de Sousa



DR BRUNO FIGUEIREDO DOS SANTOS
DIRETOR TÉCNICO / CRM RR-1047
RQE 503

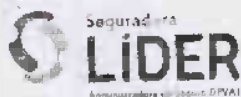
ROSÁRIO DA SILVA

PACIENTE PORTADOR DE LUXAÇÃO EXTERNO -
CLAVICULAR À DIREITA PÓS-TRAUMÁTICA, APRESENTA
DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO.

APRESENTA DÉFICIT DE MOVIMENTO NO OMBRO
DIREITO SENDO SOLOCITADO TRATAMENTO
FISIOTERÁPICO, NA FALHA DESTE ESTARÁ INDICADO
TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Dr. Bruno P. Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/1047
Título de Especialista
2019 1001 1001

BOA VISTA 13 DE JULHO DE 2018.



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

662.918.872-15

Nome completo da vítima

Rosario da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Rosario da Silva	662.918.872-15	
Endereço	Número	Complemento
Rua Cambi Brasil Magalhães	2302	
Bairro	Cidade	CEP
Senador Helio Campos	João Vitor	09.386-538
Email	Estado	Telefone (DDD)
TOTERR@HOTMAIL.COM	Roraima	99554-4282

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 BANCARIOS

☐ 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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)			
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRU	DV	CONTA NRO	DV
0622	3	10225	3
(Informar dígito se existir)		(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.

João Vitor 15 de Agosto de 2018

Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL
16 AGO. 2018

Rosario da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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

Rosario da Silva

CPF da Vítima

662.918.892-15

Data do Acidente

19.10.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

CPF do Representante legal

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

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 Lider 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.

DOCUMENTO
ORIGINAL
16 AGO. 2018

Boa Vista, 15 de Agosto de 2018
Local e Data

Rosario da Silva
Campo 1: Assinatura da Beneficiária



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as Informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilmar Indio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 283.061.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rosane da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 662.918.892 / 15 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rosane da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 662.918.892 / 15, 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>Bomfim</u>	Cidade <u>Baraúta</u>	Estado <u>RA</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ilmar@bolmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD) <u>(95) 99154-4262</u>

Baraúta 15 de Agosto de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO
ORIGINAL
16 AGO. 2018

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180377988

Vítima: ROSARIO DA SILVA

Data do Acidente: 19/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSARIO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo	
Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 3.375,00
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	19/10/2017 a 1/5/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	19/10/2017 a 23/5/2019

Dados calculados		
Fator de correção do período	559 dias	1,067096
Percentual correspondente	559 dias	6,709551 %
Valor corrigido para 1/5/2019	(=)	R\$ 3.601,45
Juros(581 dias-21,25247%)	(+)	R\$ 765,40
Sub Total	(=)	R\$ 4.366,85
Valor total	(=)	R\$ 4.366,85

Memória analítica do cálculo			
Valor inicial	3.375,00		
Data inicial	19/10/2017		
Data final	1/5/2019		
Periodicidade	Mensal		
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.		
Termo inicial	Termo final	Varição do período	Valor
19/10/2017	1/11/2017	0,1424 (%)	3.379,81
1/11/2017	1/12/2017	0,3200 (%)	3.390,62
1/12/2017	1/1/2018	0,3500 (%)	3.402,49
1/1/2018	1/2/2018	0,3900 (%)	3.415,76
1/2/2018	1/3/2018	0,3800 (%)	3.428,74
1/3/2018	1/4/2018	0,1000 (%)	3.432,17
1/4/2018	1/5/2018	0,2100 (%)	3.439,38
1/5/2018	1/6/2018	0,1400 (%)	3.444,19
1/6/2018	1/7/2018	1,1100 (%)	3.482,42
1/7/2018	1/8/2018	0,6400 (%)	3.504,71
1/8/2018	1/9/2018	0,1300 (%)	3.509,27
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	3.512,42
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	3.532,80
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	3.539,51
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	3.533,84
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	3.544,45
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	3.556,50
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	3.575,70
1/4/2019	1/5/2019	0,7200 (%)	3.601,45
Acréscimos de juro, multa e honorários			
Juros(581 dias-21,25247%)	(+)		R\$ 765,40
Sub Total	(=)		R\$ 4.366,85
Valor total	(=)		R\$ 4.366,85

[Retornar](#) [Imprimir](#)