



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030838/2017

Nome Envolvido	Envolvimentos
João Bosco Dos Santos Araújo	Fossuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Placa JXI4068	Número do Chassi 94DCMGD225JE62453
Ano/Modelo Fabricação 2005/2004	Cor BRANCA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo NISSAN/FRONTIER 4X2 SE	Modelo NISSAN/FRONTIER 4X2 SE
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jaime	Fossuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante relata que na data, hora e endereço acima descrito, conduzia a motocicleta de propriedade de RAIMUNDO DE SOUSA FERREIRA, CPF: 662.861.582-00, quando colidiu com o veículo acima citado, onde veio a cair cortando a perna direita. Que o suposto infrator evadiu-se do local do acidente. Que o mesmo foi levado ao HGR pela equipe do SAMU. Que o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. OBS: O COMUNICANTE NÃO É HABILITADO. É o relato.

ASSINATURAS

Maria Selma Melo de Almeida
Agente de Polícia
Matrícula 42000213
Responsável pelo Atendimento

João Bosco Dos Santos Araújo
(Comunicante)

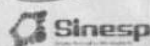
"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e diante que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat 042000010

DAT
08 AGO. 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 08/08/2019 09:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

09 AGO. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030838/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/08/2017 10:11 Data/Hora Fim: 28/08/2017 10:29
Origem: Polícia Judiciária Data: 28/08/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 01/08/2017 13:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA VILA JARDIM

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO BOSCO DOS SANTOS ARAÚJO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Manaus

Profissão: Autônomo

Nome da Mãe: Maria Das Graças Dos Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA VILA JARDIM
Bairro: cidade satélite
Telefone: (15) 99142-7670 (Celular)

Nº: BL 02, APT. 102

Nome Civil: LAIME (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 0

Estado Civil: em Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

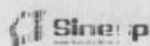
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Placa: NA 4233	Número do Chassi: 9C2JC30708R677697
Ano/Modelo Fabricação: 2008/2008	Cor: CINZA
UF Veículo: Roraima	Município Veículo: Boa Vista
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN	Modelo: HONDA/CG 125 FAN
Veículo Alterado?: Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------

Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 03/08/2019 09:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

09 AGO. 2019

... Guia de Atendimento 02 ...

1/1

Deu ao Des. em juízo
pelo ato
Deu a FVT

Dr. Paulo Gabriel Escobar
2019.09.09

Deu ao Des. em
de acordo com o
CD: fale qual per
art. 2.º do CTJ
para fins de
orientação

Dr. Paulo Gabriel Escobar Junior
2019.09.09

09 AGO. 2019

SAMU 192		FICHA DE ATENDIMENTO						PREFEITURA BOA VISTA	
Bravo I									
Unidade:		Equipe: <u>João Elias</u>							
Paciente: <u>João Barba Dos Santos Araújo</u>		Idade: <u>53</u>						Sexo: <u>M</u>	
Endereço: <u>Rua Velha, Jardim, Cidade Satélite</u>									
Nº <u>12303</u>		DATA <u>02/08/17</u>				HORA: <u>9:13:42h</u>			
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM:		<u>Dr. Anderson</u>						<u>10:13:47h.</u>	
MOTIVO:		☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☒ ATENDIDO NO LOCAL ☒ OUTRO						<u>9:14:02h</u> <u>10:14:15h</u>	
AUTOMÓVEL		MOTO:		VIOLÊNCIA		OUTROS			
☐ Cinto ☐ SIM ☐ NÃO		☒ Condutor		☐ FAB		☐ Ac. De Trabalho ☒ Local ☒ Trajeto			
☐ Vítila ☐ projetada		☐ Carona		☐ PAF		☐ Queda, Altura aprox.: _____			
☐ eparcerada		☐ Capacete ☐ SIM ☒ NÃO		☐		☐ Acidente Doméstica			
☐ Air Bag ☐ SIM ☒ NÃO		☐ queda		☐ Espancamento		☐ Queimadura Agente			
☐ Motorista ☐		☐ Atropelamento		☐		☐ Agressão p/ animal			
☐ Passageiro ☐ dianteiro		☒ Colisão <u>X carro</u>		☐		☐ Outros: _____			
☐ traseiro		☐ BICICLETA:		☐					
☐ Capotamento		☐ Condutor		☐ Violência Doméstica					
☐ Atropelamento		☐ Carona		☐ Violência Sexual					
☐ Colisão		☐ queda		☐ Tentativa de suicídio					
		☐ Atropelamento		☐ Outro: _____					
		☐ Colisão							
AVALIAÇÃO INICIAL									
Vias Aéreas		Ventilação		Circulação		Aval. Neurológica			
☐ Dispneia		☐ M.V. Diminuído		☐ Bradicárdico		☒ AVDN			
☐ Bradipnéia		☐ M.V. Ausente		☐ Taquicárdico		☐ Miocse			
☐ Taquipnéia		☐ Hipertimpanismo		☐ Arritmico		☐ Midríase			
☐ Resp. Ruidosa		☐ Maciez		☐ Enchimento		☐ Anisocoria			
☐ Obstruída		☐ Ferida Aspirativa		☐ capilar acima de 2"		☐ Otorrêia			
☐ Apnéia				☐ Ausente		☐ Otorrágia			
☐ Outro: _____						☐ Rinorragia			
						☐ Aparentemente alcoolizado			
						☐ DNV			
SINAIS VITAIS E ESCORES									
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR	
Início <u>9:15:50</u>	<u>140/90</u>	<u>78</u>	<u>21</u>	<u>98%</u>	-	-	<u>13</u>	-	
Fim <u>14:15:00</u>	<u>140/80</u>	<u>87</u>	<u>20</u>	<u>98%</u>	-	-	<u>13</u>	-	
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA									
Pele		Cabeça		Face		Pescoço		Tórax	
☐ Corada		☐ Contusão		☐ Contusão		☐ Escoriações		☐ Escoriações	
☐ Quente		☐ Escoriações		☐ Escoriações		☐ Lacerações		☐ Lacerações	
☐ Pálida		☐ Laceração		☐ Lacerações		☐ Hematoma		☐ Tórax Instável	
☐ Fria		☐ Hematoma		☐ Lacerações		☐ Desvio da traquéia		☐ Resp. paradoxal	
☐ Úmida		☐ Afundamento		☐ Ferimento ocular		☐ Enfisma Sub-Cutâneo		☐ Tamponamento	
☐ Seca		☐ Fer.							
☐ Cianótica		☐ Penetrante							
Pelve		Coluna Dorsal		Membros				Abdome	
☐ Contusão		☐ Contusão		☐ Contusão		☐ Fratura		☐ Escoriações	
☐ Escoriações		☐ Hematoma		☐ Escoriações		☐ Amputação		☐ Lacerações	
☐ Dor		☐ Dor		☒ Lacerações <u>MED</u>				☐ Distendido	
☐ Instabilidade				☒ Luxações				☐ Em tábua	
								☐ Doloroso	
								☐ Evisceração	
AVALIAÇÃO CARDIACA									
☒ Ritmo Sinusal		☐ Fibrilação atrial		☐ Respiratória		☐ Digestiva		☐ Diabetes	
☐ Taquicardia		☐ Fibrilação entricular		☐ Neurológica		☐ Infecçiosa		☐ Cardiopatia	
☐ Braquicardia		☐ Assistolia		☐ Psiquiátrica		☐ Obstétrica		☐ HAS	
☐ Filuter				☐ Metabólica		☐ Pediátrica		☒ Medicação de uso	
				☐ Cardiovascular		☐ Outra		☐ Alergias	
				☐ Abuso				☐ Outros	
								☐ Coagulopat	
GRAVIDADE COMPROVADA		☐ ILESO		☐ PEQUENA		☐ MÉDIA		☐ OUTRO	
		☐ SEVERA		☐ MORTE		☐ INDETERMINADA			
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)									
MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS									
<									

DESTINO	☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☒ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros

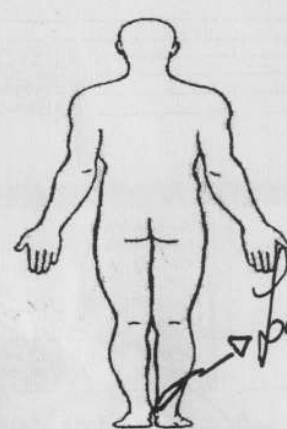
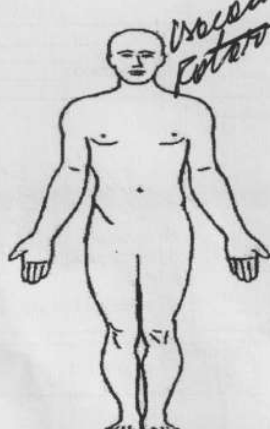
ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

Uma gestante, 33 anos, vítima de lesões múltiplas e graves. Encontrada no local de um acidente de trânsito. Segundo ela, colidiu com um carro, pegou um susto e foi para casa, depois veio chamar o SAMU. Apresenta ferimentos, sucores e pele suja. Após 2 dias, permanecendo deitado em casa.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA		
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala			
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 09	1
Resposta Verbal	Orientado	Balucia	5	Pressão Sístólica (mmHg)	0	0
	Confuso	Choro irritado	4		> 90	4
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		70 - 89	3
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69	2
Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1	Escala de Glasgow	01 - 49	1
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		0	0
	Localiza a dor	Retira ao toque	5		14 a 15	5
	Flexão normal	Retira a dor	4		11 a 13	4
	Flexão anormal	Flexão normal	3		8 a 10	3
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		5 a 7	2
	Nenhuma	Nenhuma	1		3 a 4	1
ESCALA DE GLASGOW			15	ESCORE DO TRAUMA		

Agora está estável, porém com dor. Conforme regulado no protocolo de atendimento ao AT, com intervenção com o SBC 250240. Corer-nr.

Ator encontrado no local de um acidente de trânsito, vítima de lesões múltiplas e graves. Segundo ela, colidiu com um carro, pegou um susto e foi para casa, depois veio chamar o SAMU. Apresenta ferimentos, sucores e pele suja. Após 2 dias, permanecendo deitado em casa.



SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 16/08/19
Stephanie
Rubrica

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	1 - SF - 2 Solut.	
Perda de líquido: _____	BCF: _____	1 - Goe	
☐ Com cartão ☐ Sem cartão		2 - compressa	
		6 - Pares de lva m	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



FILIAÇÃO.....: MIGUEL BENIGNO DE ARAUJO
MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS
SEXO: MASCULINO
NASCIMENTO.....: 27/11/1965
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: MANAUS - AM
CPF.....: 2903247532147 MEX AM 26/08/1986

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF.....: 445.641.392-15 CNH.....:
TIT. ELEITOR: 002176312690 SEÇÃO: 0212 ZONA: 005
LOCALIDADE DE EMISSÃO: SRTE/RR - 25/07/2014

ASSINATURA DO TITULAR

[Assinatura]

1. LUF ALBERTO DE OLIVEIRA

Presidente do Conselho e Dirigente do Estado do Maranhão Subscritor



CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

124.93707.34-8

- NUMERO

5331265

0040

- UF

RR

João Bosco dos Santos Araújo
ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR-DIRETTO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
510201-4
DATA DE EXPEDIÇÃO
14/03/2016

NOPE
JOÃO BOSCO DOS SANTOS ARAÚJO

FILIAÇÃO
MIGUEL BENIGNO DE ARAÚJO
MARIA DAS GRAÇAS DOS SANTOS

NATURALIDADE
MAMAUSS - AM

DOCC ORIGEM
CERTID MASC 1209 FLS V 301 LIV A40
ITACOAATIARA - AM

DATA DE NASCIMENTO
27/11/1965

445.641.392-19
1 VTA

ASSINATURA DO TITULAR
JOÃO BOSCO DOS S. ARAÚJO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 D: 29/08/83

P1

09 AGO. 2019

CAE
CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.655.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-410

CAERR
0800 280 9520
www.cae.com.br

Matricula: 1225707
Endereço para entrega: Agosto/2019

Dados do Cliente:
MARIA DE FATIMA MARTINS MATOS
Inscrição: A14L081984
Rota: 17/02/2016
Seq. Rota: 9300-000
Situação: LIGADO
Situação Esgoto: LIGADO
Hidrometro: 001.051.729.0253.020
Data de instalação: 2005
Situacao Agua: 1
Situacao Esgoto: 1

AV JARDIM, NUM. 00901 - ANDIROBA BLC 02
Seq. Rota - Quantidade de Escoamento: 6

LEITURA FAT. 940
LEITURA INF.
DT. LEITURA 05/07/2019 07/08/2019

ULTIMOS CONSUMOS

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	E.COLI
201907	23-0				
201906	17-0				
201905	20-0				
201904	19-0				
201903	19-0				
201902	16-0				
MEDIA	19				

Qualidade de Agua Distribuida ao Consumidor
Informacoes das Amostras Realizadas na Rede de Distribuicao
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M.

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFORMES	200	200	200	200	200

DESCRICAÇÃO
AGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE AGUA
ESGOTO
Multa P/IMPONTUALIDADE 06/2019

27 M3
80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

84,87
67,89
1,72

TOTAL A PAGAR
154,48

VENCIMENTO: 15/09/2019
AVISO: EM 30/06/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

CAE
MATRICULA: 1225707
REFERENCIA: 06/2019
VENCIMENTO: 15/09/2019
TOTAL A PAGAR: 154,48

826600000001-0 54480004001-3 00122570701-5 08201910003-9

09 AGO. 2019

IMPRESSO EM: 07/08/2019 13:16:41

Via do Cliente

Via do CAE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE	
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 445.641.392-15
Nome completo da vítima: João Bosco dos S. Araújo	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012	
Nome completo: João Bosco dos Santos Araújo	CPF: 445.641.392-15
Profissão: autônomo	Endereço: Av. Gardim
Bairro: Cidade Satélite	Cidade: Boa Vista
E-mail: TRR@HOTMAIL.COM	Estado: RR
	CEP: 69.300-000
	Tel. (DDD): (95) 98403-5066
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	
DADOS CADASTRAIS	
RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00	
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 3027	CONTA: 56.784 9
(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.	
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):	
☐ 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.	
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE	
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____	
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.	
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	TESTEMUNHAS
Local e Data: Boa Vista - RR 09/08/2019	1ª Nome: _____
Nome: João Bosco dos Santos Araújo	CPF: _____
CPF: 445.641.392-15	Assinatura: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): João Bosco dos Santos Araújo	CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura: _____
Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Imaculino de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
João Bosco dos Santos Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 445.641.392 / 15
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Bosco dos Santos Araújo
inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.641.392 / 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 P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Barreiras</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILIOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95)98403-5066</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 09/08/2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

09 AGO. 2019

RR SEGUROS DPVAT



DADOS DO CLIENTE

FICHA DE CADASTRO

NOME COMPLETO	João Bosco dos Santos Araujo				
CPF	445.641.392-15				
RG	510201-4	EMISSOR	SS P	UF	RR
DATA DO ACIDENTE	/ /	LOCAL			
NOME DO PAI	Miguel Benigno de Araujo				
NOME DA MÃE	Maria dos Graças dos Santos				
ENDEREÇO (1)	Rua: AV Jardim G. Antiocha B-02 AP-102				
BAIRRO	Cidade Sate Lite	CIDADE	Boa Vista		
CEP		ESTADO	Roraima		
TEL. CEL. (1)	9598405-8269	TEL. CEL. (2)	9599546-0569		
ENDEREÇO (2)					
BAIRRO		CIDADE			
SINISTRO					

Documentos necessários

☒ CPF (Xerox)

☒ RG (Xerox)

☐ Comprovante BANCÁRIO

☐ Comprovante de Residência

☐ PRONTUÁRIO HOSPITALAR

☐ BOLETIM DE OCORRÊNCIA

☐ ATO DECLARATORIO (se houver/samu, bombeiro, policia militar, policia rodoviária federal)

☐ DUT (caso a vítima seja o proprietário do veículo)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	João Bosco dos Santos Araújo
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Carpinteiro
IDENTIDADE:	510201-4 SSPRR
ENDEREÇO:	AV. Jardim cidade satélite Andaraí

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSPRR
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão nº1832 Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 01/08/2017, cobertura Incendio, vítima: João Bosco dos Santos Araújo

Boa Vista, 08/08/2019

LOCAL E DATA



João Bosco dos Santos Araújo

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

09 AGO. 2019



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, 21 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190472511

Vítima: JOAO BOSCO DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 01/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAO BOSCO DOS SANTOS ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 01/08/2017, emitido pelo Dr. Pablo Caraballo Echevarrena Junior CRM nº 1908 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01553/01554 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 14739049

EU: João Bosco dos Santos Araújo
PROFISSÃO: ~~Advogado~~ Carpinteiro ESTADO CIVIL: Solteiro
RG: Nº. _____ SSP/ _____ CPF/MF Nº. 443.641.392-15
E-MAIL: _____
TELEFONE: (95) 98405-8269 / 99150-1792
ENDEREÇO: _____ Nº. _____
BAIRRO: _____ CEP: _____

situado no Município de _____, pelo presente instrumento
procuratório, nomeia e constitui, como seus procuradores, **REINALDO FÉLIX DA SILVA**,
brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 2171, com endereço na Rua
flamboian nº 314, Bairro Jardim Primavera, Boa Vista/RR, situado no Município de Boa
Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judícia*, 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, 22 de Setembro de 2019..

x João Bosco dos S. Araújo
Outorgante

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: João Bosco dos Santos Araújo
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO Capiteiro
RG nº. _____
CPF/MF nº. 445.641.392-15
ENDEREÇO: _____

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 20 de Setembro de 2019.

v. João Bosco dos S. Araújo