

Atendido no local
 Trauma HGR
 Pronto Atendimento
 Coronel Mota

Cosmo e Silva
 HCSA
 Matemidade
 Outros

TERMO 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: _____

Silviano Lins e Mello, 53 anos, cônjugue de Ivelice Lopes. Encontrado no solo, bêbado, desmaiado com círculo de bala e bala, 207E. No local, Ivelice Lopes em quarentena hospitalar. Causas suspeitas, por entubado ao CT, visto interconectado. Espera à UPA, Abigia à Dínamo. Preparado a respeito dos dotações do CT.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA	
Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Fracção de Ruptura (mm/mm)	ESCORE DO TRAUMA
Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	10 - 24	4 <input checked="" type="checkbox"/>
Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	25 - 35	3 <input type="checkbox"/>
Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	≥ 36	2 <input type="checkbox"/>
Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01 - 09	1 <input type="checkbox"/>
Orientado	Bebê/cria	5	0	0 <input type="checkbox"/>
Confuso	Choro/choro	4	> 90	4 <input checked="" type="checkbox"/>
Palavras inapropriadas	Choro/s dor	3	70 - 89	3 <input type="checkbox"/>
Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	50 - 69	2 <input type="checkbox"/>
Nenhuma	Nenhuma	1	01 - 49	1 <input type="checkbox"/>
Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	0	0 <input type="checkbox"/>
Localiza a dor	Reação ao toque	5	14 a 15	5 <input checked="" type="checkbox"/>
Flexão normal	Reação a dor	4	11 a 13	4 <input type="checkbox"/>
Flexão anormal	Flexão normal	3	8 a 10	3 <input type="checkbox"/>
Extensão a dor	Flexão anormal	2	5 a 7	2 <input type="checkbox"/>
Nenhuma	Nenhuma	1	3 a 4	1 <input type="checkbox"/>

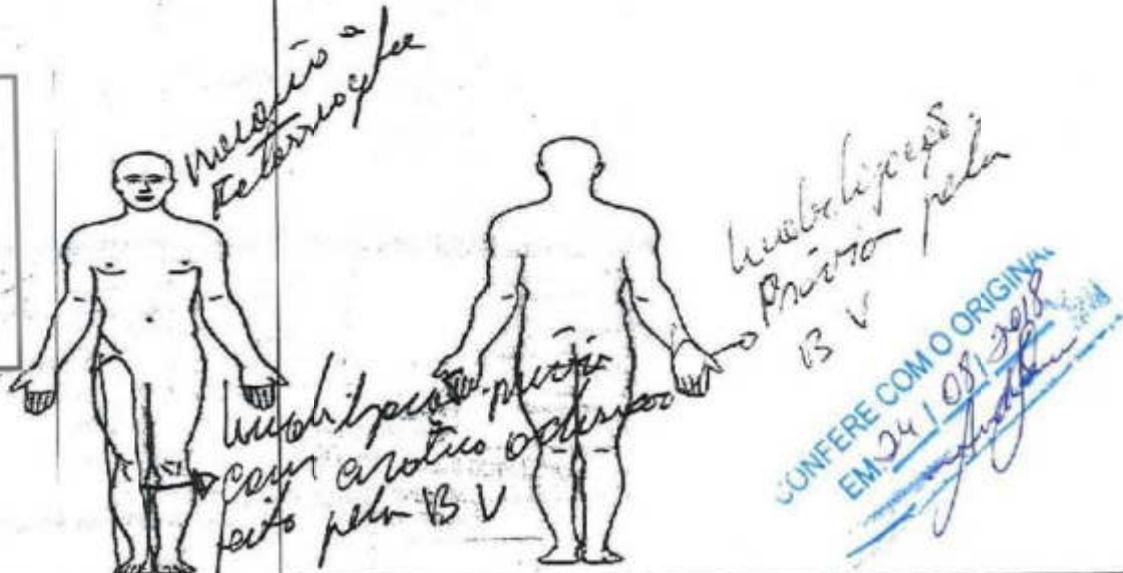
ESCALA DE GLASGOW

Willymes R. Silva
 Tac. Enfermagem-APH
 DOR/ENFERM/250200-1

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ 2018

RECEBIDO



GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____
Perda de líquido: _____	BCP: _____
[] Com cartão	8 - Pores de ferro
[] Sem cartão	

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Elio Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.570/0001-45 | Insc. Estadual: 24.007.002-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Código B-1
Regime especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 350/13

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0028879-9

Nº da Núcia Fiscaal 001179569

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEF foi instituída
pela Lei nº 10.436, de 2002.

CONTAMES VENCIMENTO

JULHO/2018

11/08/2018

226

276,45

SANDRA SANTOS DE ALMEIDA
R. PIABA 425 SANTA TEREZA
CPF: 00066625750204
CEP: 69.314-108 - BOA VISTA

ROT: 6.001.25.02.024800

DADOS DA LEITURA	DATA	VALOR
Atual: 13771		
Anterior: 13545		
Constante de Multiplicação: 1.000		
Consumo Medido: 226		
Consumo Estimado: 226	FCAM	

DATAS DA LEITURA	DATA
Atual: 26/07/2018	
Anterior: 26/06/2018	
Próxima Leitura: 28/08/2018	
Impossível: 25/07/2018	
Ajustamento: 26/07/2018	

NORMAL

30

TIPO DE CONSUMO	LIGAÇÃO	NÚMERO MÓDULOR	POSIÇÃO	CÓDIGO P/	MÉDIA 12 MESES
RESIDENCIAL	BI	14EDB07972N	1506524	1.1.1.1.2	307

HISTÓRICO kWh	Médiano consumo
JUN/18	136
MAI/18	64
ABR/18	88
MAR/18	85
FEV/18	62
JAN/18	339
DEZ/17	440
NOV/17	533
OUT/17	527
SET/17	492
TARIFA SEM TRIBUTOS:	8 A 226 - 0,456770

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	226 A R\$ 0,568081 =	128,38
CORR. MONETARIA TCD (IGPM) 2/1		2,54
PARCELAMENTO DE DEBITOS 2/18		130,01
ILUMINACAO PÚBLICA		15,52

MENSAGENS IMPORTANTES/REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ 06/2018 223,22 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/08/2018, em fundo das contas reavaliadas nessa fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEFAZ. Informamos ainda existirem contas vencidas(s) e/ou reavaliadas(s) no valor de R\$ 53,67 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) DEVERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO, LIGUE 080007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 9556.AA1E.1438.9DB4.33D1.2B46.79AD.65A6

COMPOSIÇÃO DA CONTA

Distribuição: 61,94
Energia: 0,00
Transmissão: 2,58
Encargos: 25,14
Tributos:

IMPOSTOS/TRIBUTOS P/ R\$

Base de Cálculo:	17,00%
Alíquota ICMS:	21,82
Valor do ICMS:	0,58
Valor do PIS:	2,74
Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
1,67 4,00 0,69

FLORESTA

ROT: 6.001.25.02.024800

05/2018 14,24

0028879-9

TOTAL A PAGAR 276,45

MES 07/2018

VENDE 11/08/2018

001179569 FCAM

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Elio Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.570/0001-45 | Insc. Estadual: 24.007.002-3

83630000002 0 76450075000 6 00000000028 1 87990718008 4



SEQ.: 00003 UC: 0028879-9 DT.LEIT.: 26/07/2018 T.ENTR.: 03
LEITURA: 13771 NORMAL TOTAL: 276,45 CARGA: A18
DT.VENC.: 11/08/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1282

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ 2018

RECEBIDO



Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0040105-6

Eletrobras Distribuição Roraima

Nº. 0040105-6 - CEP 69.314-302 - Cidade: Boa Vista - RO
CNPJ: 05.345.479/0001-74 - CNPJ: 24.932.000-0
Rota 1 (Rota 1) - Rua 1 de Setembro, Centro - Bloco B1

001291441

001291441

Região: Sudeste - Custo: 0,557486 - Fator: 1,000 - Fator: 1,000

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

001291441

</

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/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 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 Samara Souza Meneses inscrito (a) no CPF 009.163.389-66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Souza Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.340.242 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antônio Souza Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.340.242 / 72, 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 Lider-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		Número	Complemento
<u>Rua Expedito Francisco da Silva</u>		<u>379</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Dr. Sírio Sette Boa Vista</u>		<u>RR</u>	<u>69.339-302</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>samara.meneses@hotmail.com</u>		<u>(95) 99167-2303</u>	

Boa Vista/RR 91 de Agosto de 2018
Local e Data

Samara Souza Meneses
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ 2018

RECEBIDO

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



1800938123	18/04/2018 12:34:36	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	23
Paciente ANTONIO SOUZA COSTA		Data Nascimento 20/05/1965	Idade 52 A 10 M 29 D	CNS	CPF	NME-HGR Prontuário
Tipo Doc Mãe	Documento SSP/RR	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo M	Estado Civil PARDA	Naturalidade	Nacionalidade BRASILEIRA
MARIA ALVES DE SOUZA		Pai NI		Contato (95) 99144-9859		Ocupação NÃO INFORMADA
Endereço AVENIDA - NAZARE FILGUEIRAS - 1031 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Piano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO						
Setor	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.	Registrado por: DANIEL.VIANA		
GRANDE TRAUMA						
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
<p>anergia D/P/ronas</p> <p>Anamnese de Enfermagem</p> <p>Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 11h)</p> <p>Dor em Pecten D - Cox D</p> <p>Exame Físico</p> <p>BEG HGTAM PA: 120x80 FC: 80 . FE: 20.</p> <p>S/Suspiro Dp TCC</p> <p>Hipótese Diagnóstica</p> <p>Polifármaco</p> <p>Funir exalada pior de</p> <p>+ Enan well L -</p> <p>SADT - Exames Complementares</p> <p>RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:</p> <p>PRESCRIÇÃO</p> <p>1) RNP</p> <p>2) R P/ inoxigas (2) ver lhe negar</p> <p>3) Difusas (3) 700</p> <p>4) Tensões (4) 700</p> <p>Dr. Tiago Mendonça Dias</p> <p>medico</p> <p>CRM-FR 1853</p> <p>APRAZAMENTO</p> <p>OBSERVAÇÃO</p> <p>6 - ferim</p> <p>4 TCC</p> <p>ACESSO</p> <p>Dr. Tiago Mendonça Dias</p> <p>CRM-FR 1853</p> <p>Autorização</p> <p>Destino: () Família () 2 () IMI. Anatomia Patológica</p> <p>Certifico que a introdução do paciente () que foi apresentado neste atendimento ()</p> <p>Assinatura do Paciente ou Responsável</p> <p>Carimbo e Assinatura do Médico</p> <p>SABEMI SEGURADORA S/A</p> <p>04 DEZ 2018</p> <p>RECEBIDO</p>						
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:					
Óbito						
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação AGH 2018 Data e Hora da Saída/Alta: / / : / / : / /		
Impresso por: daniel.viana Data Hora: 18/04/2018 12:39:21						

D



53.9%

18/4/2018 13:36:16

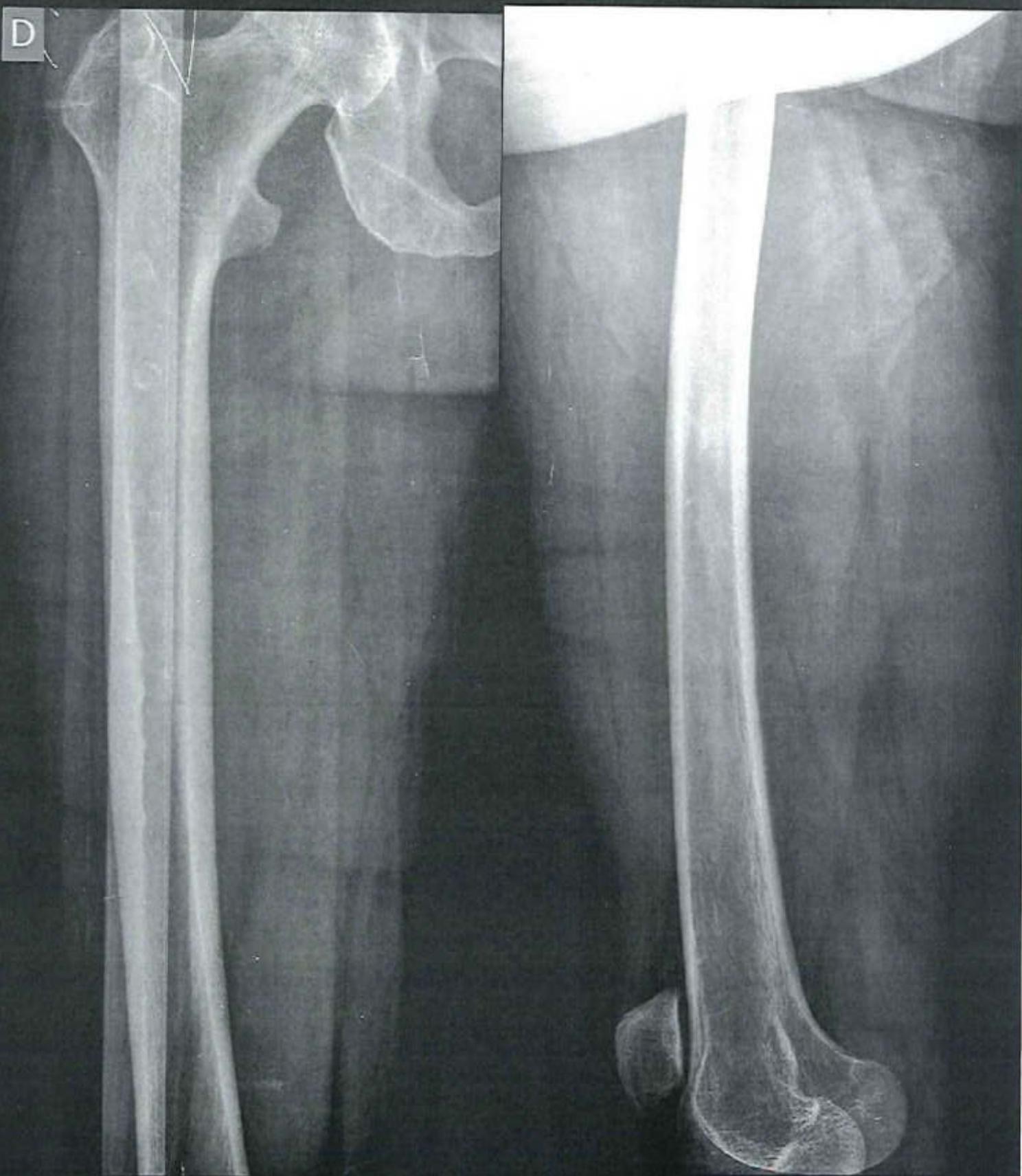
58.4%

18/4/2018 13:36:16

ANTONIO DE SOUZA COSTA

HOSPITAL GERAL DE BIRAJA

TR. JACKSON ED. ROSANGELA



43,8%

18/4/2018 13:36:18

50,1%

18/4/2018 13:36:18

, ANTONIO DE SOUZA COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. JACKSON ED. ROSANGELA

D



50.1%

18/4/2018 13:36:15

50.1%

18/4/2018 13:36:18

, ANTONIO DE SOUZA COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. JACKSON ED. ROSANGELA

D



28/05/2018

65,5 %

6013

28/05/2018

65,5 %



HOSPITAL CORONEL MOTA

Cloudoaldo

ANTONIO SOUSA COSTA

HOSPITAL CORONEL MOTA

5405

Francineide

70,8 %



D





SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ 2018

RECEBIDO

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

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1356309278

PROIBIDO PLASTIFICAR

1356309278

NOME

SAMIRA SOUSA MENESSES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR(AF)
3515044 SSP RR

CPF
009.163.382-66 DATA NASCIMENTO
03/10/1993

PAI(AO)

RUIDGLAN COSTA DE
MENESSES
SAMIRA SOUSA MENESSES

PERMISSÃO

ACC

CAT. MAB

Nº REGISTRO

05466508498

VALIDADE

22/11/2021

1ª HABILITAÇÃO

13/04/2012

DESENVOLVIMENTO

A

SAMIRASOUZA MENESSES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO

23/11/2016

61576734162
RR209055227

ASSINATURA DO EMISSOR

DETAN-RR (RORAIMA)

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ 2018

RECEBIDO

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

1165032110

PROIBIDO PLASTIFICAR

NOME

ANTONIO SOUZA COSTA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF
68145 SSP RR

CPF
225.340.242-72

DATA NASCIMENTO
20/05/1965

FILIAÇÃO

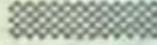
JOSE ALVES COSTA

MARIA ALVES DE SOUZA

PERMISSÃO



ACC



CAT.HAB.

AB

Nº REGISTRO

03629531663

VALIDADE

14/01/2021

1ª HABILITAÇÃO

15/06/2005

OBSERVAÇÕES

Antonio Souza Costa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO

14/01/2016

LUZ EDUARDO SILVA DE CASTILHO
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN RR

63410301988
RR208702059

ASSINATURA DO EMISSOR

DETTRAN RR (RORAIMA)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA ASSEGURAÇÃO		DENATRAN	
DET/RM RH CERTIF. DO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 012249362094		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
01	01103991016	VIA RENOVADA	2016	EXERCÍCIO	2016
ANTONIO SOUZA COSTA					
225.340.242-72	902JC4830HR002396	PLACA	MAU8297	PERÍODO	2016
PELICAN	ESCOLAR	EXERCÍCIO	2016	DATA EMISSÃO	07/12/2016
HONDA/BIZ 125	MARCA/Modelo	VIA	MAU8297	PLACA	MAU8297
2P/0124CC/	CAPACIDADE	PERÍODO	2016	PERÍODO	2016
1	DATA LINHA	VERG. COTA UNICA	DATA LINHA	VERG. COTA UNICA	DATA LINHA
1	*PAGO*	*PAGO*	*****	*****	*****
V	FAZER PAGAMENTO	FAZER PAGAMENTO	*****	*****	*****
A	** PAGO COTA UNICA **		*****	*****	*****
PREÇO TOTAL DA COTA UNICA		DATA DE PAGAMENTO	PRÉMIO TANFATO		
05/12/2016		05/12/2016	DESPESA (R\$)	DESPESA (R\$)	DESPESA (R\$)
R\$4,15		R\$2,39	R\$21,51	R\$23,9	R\$452,14
CUSTO DO SEGURO (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	CUSTO DO SEGURO (R\$)		
R\$4,15		05/12/2016	R\$452,14		
X COTA UNICA		DATA DE PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO		
X COTA UNICA		05/12/2016	05/12/2016		
DISPENSAS					
AL.FID. BANCO HONDA S/A * PROIB SAIR DA					
AMAZON * Francisco K. Silveira					
BOA VISTAR * Presidente					
DENATRAN/RR					
CONTRAN					

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ 2018

RECEBIDO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 06.248.638/0001-04 - 012249362094
www.seguradoralider.com.br 61101660520

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: ANTONIO SOUZA COSTA, brasileiro, casado, autônomo, portador da cédula de identidade RG nº 68145 SSP/RR e devidamente inscrito no CPF nº 225.340.242-72, residente e domiciliado à Rua Piaba, nº 425, Bairro Santa Tereza, Boa Vista – RR;

OUTORGADO: JOSIANE FERREIRA ALVES, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Estado de Roraima, sob o nº 1730-N, endereço eletrônico: josiane1806@outlook.com e SAMARA SOUSA MENESSES, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Estado de Roraima, sob o nº 1517-N, endereço eletrônico: samara.meneses@hotmail.com, ambas com endereço profissional na Avenida Expedito Francisco da Silva, nº 378, Bairro Dr. Silvio Leite, CEP 69.314-302 nesta Capital.

PODERES: Para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive repartições públicas federais, estaduais ou municipais, de qualquer natureza, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, postular na instância administrativa, usando recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes para tudo requerer e assinar, desistir, transigir, receber e dar quitação, firmar compromisso ou acordos, efetuar levantamento de alvará judicial ou depósitos, representá-lo em audiência de conciliação e julgamento, podendo para tanto, enfim, praticar todos os demais atos necessários ao bom, fiel e cabal cumprimento deste mandato, podendo, ainda, substabelecer esta a outrem, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes, tudo conforme artigo 105 da Lei 13.105/2015 – CPC.

Boa Vista-RR, 19 de Junho de 2018.



Antonio Souza Costa
Outorgante

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ 2018

RECEBIDO



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: ANTONIO SOUZA COSTA, brasileiro, casado, autônomo, portador da cédula de identidade RG nº 68145 SSP/RR e devidamente inscrito no CPF nº 225.340.242-72, residente e domiciliado à Rua Piaba, nº 425, Bairro Santa Tereza, Boa Vista – RR;

OUTORGADO: JOSIANE FERREIRA ALVES, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Estado de Roraima, sob o nº 1730-N, endereço eletrônico: josiane1806@outlook.com e SAMARA SOUSA MENESSES, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Estado de Roraima, sob o nº 1517-N, endereço eletrônico: samara.meneses@hotmail.com, ambas com endereço profissional na Avenida Expedito Francisco da Silva, nº 378, Bairro Dr. Silvio Leite, CEP 69.314-302 nesta Capital.

PODERES: Para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive repartições públicas federais, estaduais ou municipais, de qualquer natureza, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, postular na instância administrativa, usando recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes para tudo requerer e assinar, desistir, transigir, receber e dar quitação, firmar compromisso ou acordos, efetuar levantamento de alvará judicial ou depósitos, representá-lo em audiência de conciliação e julgamento, podendo para tanto, enfim, praticar todos os demais atos necessários ao bom, fiel e cabal cumprimento deste mandato, podendo, ainda, substabelecer esta a outrem, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes, tudo conforme artigo 105 da Lei 13.105/2015 – CPC, inclusive para representar-me perante as SEGURADORAS para resolver qualquer matéria relativa ao CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Boa Vista-RR, 12 de Fevereiro de 2019.



Antônio Souza Costa
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438209/18

Número do Sinistro: 3180570251

Vítima: ANTONIO SOUZA COSTA

CPF: 225.340.242-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/04/2018

Titular do CPF: ANTONIO SOUZA COSTA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentos de identificação

SAMARA SOUSA MENESSES : 009.163.382-66

Procuração

ANTONIO SOUZA COSTA : 225.340.242-72

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/03/2019
Nome: ANTONIO SOUZA COSTA
CPF: 225.340.242-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2019
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES
CPF: 026.874.120-40

ANTONIO SOUZA COSTA

JULIANE CAMPOS RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438209/18

Vítima: ANTONIO SOUZA COSTA

CPF: 225.340.242-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/04/2018

Titular do CPF: ANTONIO SOUZA COSTA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

SAMARA SOUSA MENESSES : 009.163.382-66

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIO SOUZA COSTA : 225.340.242-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/12/2018
Nome: SAMARA SOUSA MENESSES
CPF: 009.163.382-66

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018
Nome: ELIANE FALK
CPF: 010.372.382-06

SAMARA SOUSA MENESSES

ELIANE FALK

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, 07 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180570251

Vítima: ANTONIO SOUZA COSTA

Data do Acidente: 18/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SAMARA SOUSA MENESSES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO SOUZA COSTA

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

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

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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



Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO SOUZA COSTA
Nº Sinistro: 3180570251
Vítima: ANTONIO SOUZA COSTA
Data do Acidente: 18/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: SAMARA SOUSA MENESSES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180570251**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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:

225.340.242-72

Nome completo da vítima:

Antônio Souza Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Antônio Souza Costa

CPF:

225.340.242-72

Número:

725

Complemento:

Profissão:

Endereço:

Rua Pinka

Bairro:

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

E-mail:

samara.meneses@hotmail.com

CEP:

69.314-108

Tel.(DDD):

(95) 99167-2303

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

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027

013

CONTA: 00052944

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atende 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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:

SABEM SEGURO S/A

 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

04 DEZ 2018

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos:

Falecidos:

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

RECEBIDO

 Impressão
digital da
vítima ou
curvatura
não alfabetizada

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Antônio Souza Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Samara S. Meneses

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

 (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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.

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:

225.340.242-72

Nome completo da vítima:

Antônio Souza Costa

CPF:

225.340.242-72

Número:

425

Complemento:

CEP:

69.314-108

Tel.(DDD):

(95) 99144-9859

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: *Antônio Souza Costa*

Profissão: *autônomo* Endereço: *Rua Riachão*

Bairro: *Santa Terezinha* Cidade: *Boa Vista* Estado: *RR*

E-mail: *camara.muniss@hotmail.com*

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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**

013

CONTA: **00052944**

0

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.



Local e Data, *Boa Vista/RR, 12 de fevereiro de 2019*

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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.

04 DEZ 2018

RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016614/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/04/2018 22:22 Data/Hora Fim: 18/04/2018 22:48
 Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 095572 Data: 18/04/2018
 Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 18/04/2018 11:47

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
 Logradouro: Av. Olímpica

Bairro: Jardim Tropical

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1727: Acidente de trânsito sem vítima - Abalroamento	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EVERTON SOUZA NEVES (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 218913

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: Rua CC-09
 Bairro: Laura Moreira

Nº: 97

Nome Civil: JAQUELINE ROCHA COSTA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4085752

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: Av. Nazaré Filgueiras
 Bairro: DR. Silvio Botelho

Nº: 1031

Nome Civil: ANTONIO SOUZA COSTA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 68145

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: Av. Nazaré Filgueiras

Nº: 1031

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016614/2018

Bairro: DR. Silvio Botelho

Nome Civil: FRANCISCO MACEDO PEREIRA FILHO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 267455

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Pastor Nicanor Fabricio dos Santos

Nº: 1050

Bairro: DR. Silvio Botelho

Razão Social: POLÍCIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Davi Filis Marcolino da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAU8297

Número do Chassi 02396

Ano/Modelo Fabricação 2017/2016

Cor AZUL

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125

Modelo HONDA/BIZ 125

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Souza Costa	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Placa NAJ5053	Número do Chassi 53083
Ano/Modelo Fabricação 1991/1991	Cor VERDE
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo FIAT/UNO MILLE	Modelo FIAT/UNO MILLE
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Everton Souza Neves	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu neste Departamento de Polícia Civil, uma Guarda da Polícia Militar, para entregar o ROP/PM Nº 095572, que relata sobre a ocorrência de um acidente de trânsito, envolvendo as pessoas relacionadas acima, do qual resultou em lesões corporais e danos materiais, conforme descrito no ROP/PM em anexo. Era o que tinha a comunicar.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016614/2018

ASSINATURAS

Eraldo Pereira Maia
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (rei) (único) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderéi responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo, conforme previsto nos Artigos 239-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Jorge Fernando Figueiredo

PMRR-2ºBPM**RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL****SÉRIE J**

Nº 095572

VTR	SUOp	DATA	S/SETOR	H/Trans	H/Inicial	H/Chegada	H/Final
632	2º BPM	18.04.18	OESTE	-----	11:47	11:47	14:25
Código. Ocorrência		Cód. Providência		Cód. Serv. Prest.		KMI	KMF
1001/1003		13023		-----		98650	98664
LOCAL DA OCORRÊNCIA							
Rua/Av. AV. OLÍMPICA, PROXIMO AO BURITIZAL				Nº SE/N	Bairro: JARDIM TROPICAL		Ref. VIA PÚBLICA
PESSOAS RELACIONADAS							
1 CONDUTOR	Nome: ANTONIO SOUZA COSTA			Idade	53	Estado Civil	CASADO
Endereço:	AV. NAZARÉ FILGUEIRAS, 1031, BAIRRO DR. SILVIO BOTELHO						
RG:	68145 SSP/RR	CNH	03629531663 CAT. AB		Profissão:	TÉCNICO EM REFRIGERAÇÃO	
2 PASSAGEIRA	Nome: JAQUELINE ROCHA COSTA			Idade	21	Estado Civil	SOLTEIRA
Endereço:	AV. NAZARÉ FILGUEIRAS, 1031, BAIRRO DR. SILVIO BOTELHO.						
RG:	4085752 SSP/RR	CNH	-----		Profissão:	OPERADORA DE CAIXA	
3 RESP. CARRO	Nome: EVERTON SOUZA NEVES			Idade	26	Estado Civil	SOLTEIRO
Endereço:	RUA CC-9, 97, BAIRRO LAURA MOREIRA						
RG:	218913 SSP/RR	CNH	04757829606 CAT. AD		Profissão:	LOMBADOR	
4 RESP. MOTONETA	Nome: FRANCISCO MACEDO PEREIRA FILHO			Idade	28	Estado Civil	SOLTEIRO
Endereço:	RUA PASTOR NICANOR FABRICIO DOS SANTOS, 1050, BAIRRO DR. SILVIO BOTELHO.						
RG:	267455 SSP/RR	CNH	06852755980 CAT. AB		Profissão:	MECÂNICO	
VEÍCULOS ENVOLVIDOS.							
CONDUTOR ANTONIO SOUZA: MOTONETA HONDA BIZ 125, DE COR AZUL, PLACA: NAU-8297; RESP. CARRO EVERTON MACEDO: FIAT UNO MILLE, DE COR VERDE, PLACAS: NAJ-5053;							
ASSINATURA		CARGO MATRÍCULA	A. POLÍCIA			LOCAL	Z: DP
Senhor(a) Delegado(a),		HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA					
<p>Fomos acionados via CIOPS para averiguar ocorrência de acidente de trânsito, no local citado já se encontrava a equipe de socorristas do SAMU BRAVO 5 (Enfermeiro SOTTER) que realizava atendimento de socorro em duas pessoas, que haviam se envolvido em um acidente de trânsito na Av. Olímpica, próximo ao buritizal e bueiro da referida via. Em contato com os envolvidos, o Sr. ANTONIO SOUZA disse que estava conduzindo a motoneta HONDA BIZ 125, de cor azul, PLACA: NAU-8297, pela Avenida Olímpica com destino bairro para o centro, quando veio a colidir em um veículo parado que estava estacionado na mesma via no sentido bairro para o centro, possivelmente com defeito mecânico. Na garupa como passageira, na motoneta HONDA BIZ, estava a Sra. JAQUELINE ROCHA, filha de ANTONIO SOUZA. O veículo que estava estacionado na via do lado direito era o veículo FIAT UNO MILLE, de cor verde, PLACAS: NAJ-5053. ANTONIO e JAQUELINE foram removidos ao Pronto Socorro Estadual para atendimento médico especializado, com o auxílio de outra equipe do SAMU BRAVO 2 (Enfermeiro WILLIAMS). Das vítimas: ANTONIO sofreu escoriações nos braços e pernas, possíveis fraturas na perna direita e braço direito, aparentemente; JAQUELINE sofreu escoriações nos braços e joelhos, e reclama de muita dor na região das costelas, aparentemente. Foi solicitada a Perícia da Polícia Civil, no que compareceu o Sr. JACKSON, perito criminal, e realizou todo o levantamento pericial do acidente. Da documentação: ambos os veículos encontram-se em dias. ANTONIO possui CNH válida, e a sua motocicleta foi entregue ao Sr. FRANCISCO MACEDO PEREIRA, CNH Nº 06852755980 categoria AB, conforme qualificado acima. DO veículo FIAT UNO que estava estacionado, sob a suspeita de pane mecânica, apresentou-se como responsável o Sr. EVERTON SOUZA NEVES, que informou que seu veículo apresentou pane mecânica nesta manhã, motivo pelo qual deixou o veículo estacionado na lateral da via, como o veículo estava com a documentação em dias, foi liberado ao próprio Sr. EVERTON, que fez a retirar do veículo mediante guincho. DOS DANOS: o veículo FIAT UNO: porta malas, pisca traseiro lado esquerdo, para choque traseiro, roda traseira lado esquerdo, aparentemente; HONDA BIZ: carenagem frontal, carenagem lateral, painel, retrovisor lado direito, farol, bengalas, para lama dianteiro, aparentemente. Diante dos fatos, apresentamos este relatório para dar conhecimento à autoridade policial competente da área, para que sejam tomadas as providências que o caso requer. Era o que tinha relatar.</p>							
DAVI FILIS M. SILVA		40.870-0	3º SGT PM		2º BPM/CPC		
DAVI FILIS MARCOLINO DA SILVA		CADASTRO	POSTO/GRAD.		SUOp		

POLÍCIA MILITAR - RR
 CPC-P2-P3
 CONFERE COM ORIGINAL
 DATA: 19/09/18
 Fc. *[Signature]*

EM BRANCO
P2/P3/CPC

EM BRANCO
P2/P3/CPC

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:	Nome completo da vítima:		
	225.340.242-72	Antônio Souza Costa		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:				CPF: 225.340.242-72
Profissão:	Endereço:	Rua Pinka	Número: 425	Complemento:
Bairro: Santa Terezinha	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.314-108	Tel.(DDD): (95) 99167-2303
E-mail: samara.meneses@hotmail.com				

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
- Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00052944 Dígito: 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: Falecidos:

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

SABEM SEGURO S/A

04 DEZ 2018

RECEBIDO

Impressão
digital da
vítima ou
curvatura
não alfabetizada

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

* Antônio Souza Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Samara S. Meneses

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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.

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	Nome completo da vítima:	
	225.340.242-72	Antônio Souza Costa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	Antônio Souza Costa		CPF: 225.340.242-72
Profissão:	Endereço:	Número: 425 Complemento:	
autônomo	Rua Riachão		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP: 69.314-108
Santa Terezinha	Boa Vista	RR	Tel.(DDD): (95) 99144-9859
E-mail:	E-mail: samara.muniss@hotmail.com		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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: 00052944 Dígito: 0
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (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.

Local e Data: Boa Vista/RR, 12 de fevereiro de 2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A RODO
 * Antônio Souza Costa
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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.