

Bravo II

FICHA DE ATENDIMENTO

For Unilab

Unidade: Unid. João Elton, Hubert e Souza
 Paciente: Antonio Souza Costa
 Endereço: rua M. Olímpico B. Joquei clube Idade: 52 Sexo: M

CHAMADA

Nº 750 DATA 18/04/18 HORAS 12:03
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: DL Elvira
 MOTIVO ☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☒ ATENDIDO NO LOCAL ☒ OUTRO 4.12.18

AValiação NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AUTOMÓVEL Cinto <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Vitima <input checked="" type="checkbox"/> projetada <input checked="" type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input checked="" type="checkbox"/> dianteiro <input checked="" type="checkbox"/> traseiro Passageiro: <input checked="" type="checkbox"/> dianteiro <input checked="" type="checkbox"/> traseiro <input checked="" type="checkbox"/> Capotamento <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão		MOTO: <u>X</u> <u>longo</u> <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input checked="" type="checkbox"/> Carona Capacete: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> queda <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão <u>X</u> <u>longo</u> BICICLETA: <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input checked="" type="checkbox"/> Carona <input checked="" type="checkbox"/> queda <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão		VIOLÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> FAB <input checked="" type="checkbox"/> PAF <input checked="" type="checkbox"/> Espancamento <input checked="" type="checkbox"/> Violência Doméstica <input checked="" type="checkbox"/> Violência Sexual <input checked="" type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input checked="" type="checkbox"/> Outro		OUTROS <input checked="" type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Trajeto <input checked="" type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input checked="" type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura Agente <input checked="" type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input checked="" type="checkbox"/> Outros:	
---	--	--	--	---	--	---	--

AValiação NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vitima)

Vias Aéreas <input checked="" type="checkbox"/> Dispneia <input checked="" type="checkbox"/> Bradipneia <input checked="" type="checkbox"/> Taquipneia <input checked="" type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input checked="" type="checkbox"/> Obstruída <input checked="" type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro:		Ventilação <input checked="" type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input checked="" type="checkbox"/> M.V. Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input checked="" type="checkbox"/> Maciez <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Aspirativa		Circulação <input checked="" type="checkbox"/> Bradicárdico <input checked="" type="checkbox"/> Taquicárdico <input checked="" type="checkbox"/> Arritmico <input checked="" type="checkbox"/> Enchimento <input checked="" type="checkbox"/> capilar acima de 2" <input checked="" type="checkbox"/> Ausente		Aval. Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input checked="" type="checkbox"/> Miose <input checked="" type="checkbox"/> Midriase <input checked="" type="checkbox"/> Anisocoria <input checked="" type="checkbox"/> Otorrria <input checked="" type="checkbox"/> Rinorragia <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input checked="" type="checkbox"/> DNV	
--	--	---	--	--	--	---	--

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>12:15</u>	<u>120/90</u>	<u>95</u>	<u>20</u>	<u>98%</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>13</u>	<u>-</u>
Fim <u>12:28</u>	<u>120/90</u>	<u>92</u>	<u>19</u>	<u>98%</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>13</u>	<u>-</u>

Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input checked="" type="checkbox"/> Quente <input checked="" type="checkbox"/> Pálida <input checked="" type="checkbox"/> Fria <input checked="" type="checkbox"/> Úmida <input checked="" type="checkbox"/> Seca <input checked="" type="checkbox"/> Clamórea	Cabeça <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Laceração <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Afundamento <input checked="" type="checkbox"/> Fer. <input checked="" type="checkbox"/> Penetrante	Face <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Ferimento ocular	Pescoço <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input checked="" type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	Tórax <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Tórax instável <input checked="" type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input checked="" type="checkbox"/> Tamponamento	Abdome <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Distendido <input checked="" type="checkbox"/> Em túbua <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Evisceração
--	--	--	---	--	---

Pelve <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Dor	Membros <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Luxações	<input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input checked="" type="checkbox"/> Amputação
---	---	---	--

AValiação CARDIACA <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia <input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia <input checked="" type="checkbox"/> Fúter		<input checked="" type="checkbox"/> Fibrilação atri <input checked="" type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input checked="" type="checkbox"/> Assístolia		<input checked="" type="checkbox"/> Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> Psiquiátrica <input checked="" type="checkbox"/> Metabólica <input checked="" type="checkbox"/> Cardiovascular <input checked="" type="checkbox"/> Aborto		<input checked="" type="checkbox"/> Digestiva <input checked="" type="checkbox"/> Infecçosa <input checked="" type="checkbox"/> Obstétrica <input checked="" type="checkbox"/> Pediátrica <input checked="" type="checkbox"/> Outra		<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes <input checked="" type="checkbox"/> Cardiopatia <input checked="" type="checkbox"/> HAS <input checked="" type="checkbox"/> Medicação de uso	
---	--	--	--	---	--	---	--	--	--

GRAVIDADE COMPROVADA <input checked="" type="checkbox"/> ILESO <input checked="" type="checkbox"/> SEVERA	<input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA <input checked="" type="checkbox"/> MORTE	<input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input checked="" type="checkbox"/> INDETERMINADA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTRO
--	--	--	---

INCIDENTE <input checked="" type="checkbox"/> Cancelamento <input checked="" type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> Não se encontra no local <input checked="" type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input checked="" type="checkbox"/> Trole <input checked="" type="checkbox"/> Bombeiro no local	04 DEZ 2018 RECEBIDO	Tiago Mendonça Dias CRM RR 889 MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS <input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input checked="" type="checkbox"/> Guarda Municipal <input checked="" type="checkbox"/> SMTRAN <input checked="" type="checkbox"/> Bombeiro <input checked="" type="checkbox"/> Outros:
---	--------------------------------	--

RCP <input checked="" type="checkbox"/> Iniciada em: <input checked="" type="checkbox"/> RCP com sucesso <input checked="" type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input checked="" type="checkbox"/> Obs.:	DADOS PESSOAIS DA VITIMA
---	--------------------------

Argemir Dipirona

Rebeldia, Arap, Praxia

Unilab
 ASMA
 NBR

COPIA COM O ORIGINAL
 24/04/2018

Atendido no local
Trauma HGR
Pronto Atendimento
Coronel Mota

Cosme e Silva
HCSA
Maternidade
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:

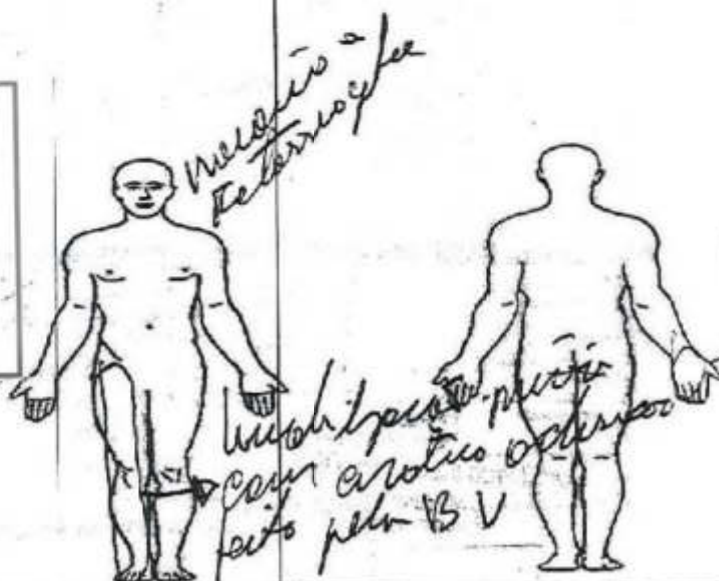
Gravida, 33 anos, valores normais. Exames de rotina, todos dentro da normalidade. No local, observando a gestante, valores importantes. Exames regulares, por intermédio do CT, sem intercorrência. Exame à vista. Abg e Diapir e Papapanco a pedido do médico do CT.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Adulto		Menores de 5 anos		Escala		Escala	
Abre espontaneamente	4	Abre espontaneamente	4	10 - 24	4	10 - 24	4
Com estímulos auditivos	3	Com estímulos auditivos	3	25 - 35	3	25 - 35	3
Com estímulos dolorosos	2	Com estímulos dolorosos	2	36 - 45	2	36 - 45	2
Não abre os olhos	1	Não abre os olhos	1	01 - 05	1	01 - 05	1
Orientado	5	Barulho	5	0	0	0	0
Confuso	4	Choro irritado	4	> 90	4	> 90	4
Palavras inapropriadas	3	Choro de dor	3	70 - 89	3	70 - 89	3
Sons ou gemidos	2	Gemido a dor	2	50 - 69	2	50 - 69	2
Nenhuma	1	Nenhuma	1	01 - 49	1	01 - 49	1
Obedece solicitações	6	Movimentos espontâneos	6	0	0	0	0
Localiza a dor	5	Retira do toque	5	14 a 15	5	14 a 15	5
Flexão normal	4	Retira a dor	4	11 a 13	4	11 a 13	4
Flexão anormal	3	Flexão normal	3	8 a 10	3	8 a 10	3
Extensão a dor	2	Flexão anormal	2	5 a 7	2	5 a 7	2
Nenhuma	1	Nenhuma	1	3 a 4	1	3 a 4	1

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ 2018

RECEBIDO



Incapacidade física
Prioridade pela
B.V.

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 24/10/2018
[Signature]

GESTANTE

IG p/ semana:

Movimentos fetais:

Perda de líquido:

BCP:

[] Com cartão [] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

8 - Potes de limpa

Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0028879-9

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Enio Garcez, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.002-3
Nota Fiscal / Centro de Energia Elétrica - Grupo B-1
Regime especial de Impunidade autorizada pela SEFAZ 350/13

Nº da Nota Fiscal 001179569

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEF foi retida
pela Lei nº 10.438 de 2002

CONTINUAÇÃO 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		ROT: 6.001.25.02.024800	
Atual:	13771	DADOS DA LEITURA	Atual:
Anterior:	13545		26/07/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Anterior:	26/06/2018
Consumo Medido:	226	Próxima Leitura:	28/08/2018
Consumo Estimado:	226	Consumo:	25/07/2018
NORMAL		FCAM	Apresentação:
			26/07/2018

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classe/Endereço
RESIDENCIAL
Ligação
BI
Número Medidor
14E0B07972N
Posto
1506524
Código Fiel
1.1.1.2
Módulo 17
307

HISTÓRICO kWh	Descrição da Conta
Máximo consumo	
JUN/18 136	CONSUMO 226 A R\$ 0,568081 = 128,38
MAI/18 64	CORR MONETARIA TCD (IGPM) 2/1 2,54
ABR/18 88	PARCELAMENTO DE DÉBITOS 2/18 130,01
MAR/18 85	ILUMINACAO PUBLICA 15,52
FEV/18 62	
JAN/18 339	
DEZ/17 440	
NOV/17 533	
OUT/17 527	
SET/17 492	
TARIFA SEM TRIBUTOS	
0 A 226 - 0,456700	

MENSAGENS IMPORTANTES/REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
06/2018 223,22
Unidade consumidora solicita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/08/2018, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na OCEM. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavizadas no valor de R\$ 50,67 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) OPERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 9556.AA1E.143B.9DB4.33D1.2B46.79AD.65A6

COMPOSIÇÃO DA COTA	IMPOSTOS/TRIBUTOS
Distribuição 35,72	
Energia 61,94	Doat de Cálculo 17,00%
Transmissão 0,00	Alíquota ICMS 21,82
Encargos 2,58	Valor do ICMS 0,58
Tributos 25,14	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

Eletrobras Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Enio Garcez 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.002-3

0028879-9
MÊS 07/2018

TOTAL A PAGAR 276,45
VENCIMENTO 11/08/2018

001179569 FCAM

83600000002 0 76450075000 6 000000000028 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

Extensão Distribuição Roraima

Av. Capitan Ezequiel de Almeida - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 00.341.471/0001-44 (Insc. Estadual: 24.103.002-0)

Rota 1 (Rota 1) - Centro de Energia Elétrica - Zona B-1

Registro em Cartão de Identificação de Consumidor com 12 dígitos

Nº da Nota Fiscal 001291441

PERÍODO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	06/09/2018	460	279,87

RUIDGLAN COSTA DE MENESES

R. EXPEDITO FRANCISCO SILVA 378 DR. SILVIO LEITE

CPF: 00046868836287

CEP: 69.314-302 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.06.183000

DADOS DA FATURA		DADOS DA FATURA	
Atividade	5529	Atividade	20/08/2018
Atividade	5069	Atividade	18/07/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	18/09/2018
Consumo Medido	460	Emissão	17/08/2018
Consumo Estimado	460	Apresentação	20/08/2018
NORMAL		33	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	Classe/Subclasse	Grupo	Horário Medidor	Préio	Código CRI	Módulo 12 dígitos
RESIDENCIAL	BI		TDB1614749N	1420842	1.1.1.2	452

SITUAÇÃO	CONSUMO	VALOR	RESERVAÇÃO
JUL/18	268		
JUN/18	421		
MAI/18	409		
ABR/18	462		
MAR/18	414		
FEV/18	577		
JAN/18	458		
DEZ/17	690		
NOV/17	622		
OUT/17	481		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 460 - 0,55778			
CONSUMO	460 A R\$	0,557486 =	256,44
ILUMINACAO PUBLICA			23,43

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/09/2018. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.
07/2018	181,74	

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO DAA2.9F48.58B9.CA1C.38E4.6772.6019.5F69

COMPOSIÇÃO DA CONTRATAÇÃO		IMPOSTOS E TRIBUTOS (R\$)	
Distribuição	78,81	Dados de Cálculo	256,44
Energia	126,07	Alíquota ICMQ	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMQ	43,59
Encargos	5,25	Valor do PIS	0,47
Taxas	46,31	Valor do COFINS	2,25

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
0,00			0,00			0,00
FLORESTA			06/2018			93,72

ROT: 11.001.19.06.183000

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0040105-6	279,87
MCD FATURADO	VENCIMENTO
08/2018	06/09/2018
Nº da Nota Fiscal	001291441
	FCAM

83650000002 8 79870075000 2 00000000040 6 10560818008 6



SEQ.: 00273 UC: 0040105-6 DT.LEIT.: 20/08/2018 T.ENTR.: 07
LEITURA: 5529 NORMAL TOTAL: 279,87 CARGA: 018
DT.VENC.: 06/09/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1011

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ 2018

RECEBIDO

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 COAF**².

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 Samara Sousa Meneses inscrito (a) no CPF 009.163.389-66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Souza Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.340.242 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidez da Vítima Antonio 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 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	Rua Expedito Francisco da Silva		Número	378	Complemento
Bairro	Cidade	Boa Vista	Estado	RR	CEP
Email	samara.meneses@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				(95) 99167-2303	

Boalístallo 21 de Agosto de 2018
Local e Data

Samara Sousa 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

HGR



800938123		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	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor SSP/RR		Data Emissão		CPF	
Mão MARIA ALVES DE SOUZA		Sexo M		Estado Civil PAI		Naturalidade BRASILEIRA	
Endereço AVENIDA - NAZARE FILGUEIRAS - 1031 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR		Pai NI		Contato (95) 99144-9859		Ocupação NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Temp. Peso Pressão	
Quelixa Principal		Sintoma Febril		Sintoma Respiratório		Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL		15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 12h)		DO no pulso (1) - CO (1)					
Exame Físico		BE G LOSTA PA: 120 x 80 FC: 80. FE: 60.		S/Silêncio do TCE			
Hipótese Diagnóstica		Politrauma		Fim de elaboração pela de		Enson pela de	
SADT - Exames Complementares		RAIO-X		ULTRA-SON		TC SANGUE URINA ECG OUTROS:	
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
1) DVP 1							
2) DVP 100mg (1) 12h							
3) DVP 100mg (1) 12h							
4) DVP 100mg (1) 12h							
Dr. Tiago Mendonça Dias							
08/04/2018							
A O R P R E S C R I T O							
Conduta		SABEMI SEGURADORA S/A		04 DEZ 2018			
Alta por Decisão Médica							
Alta a Pedido							
Alta a Revelia							
Transferência para:							
óbito							
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não		Destino		IML Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: daniel.viana							
Data Hora: 18/04/2018 12:39:21							



1500938123

D



53.2 %

18/4/2018 13:35:18

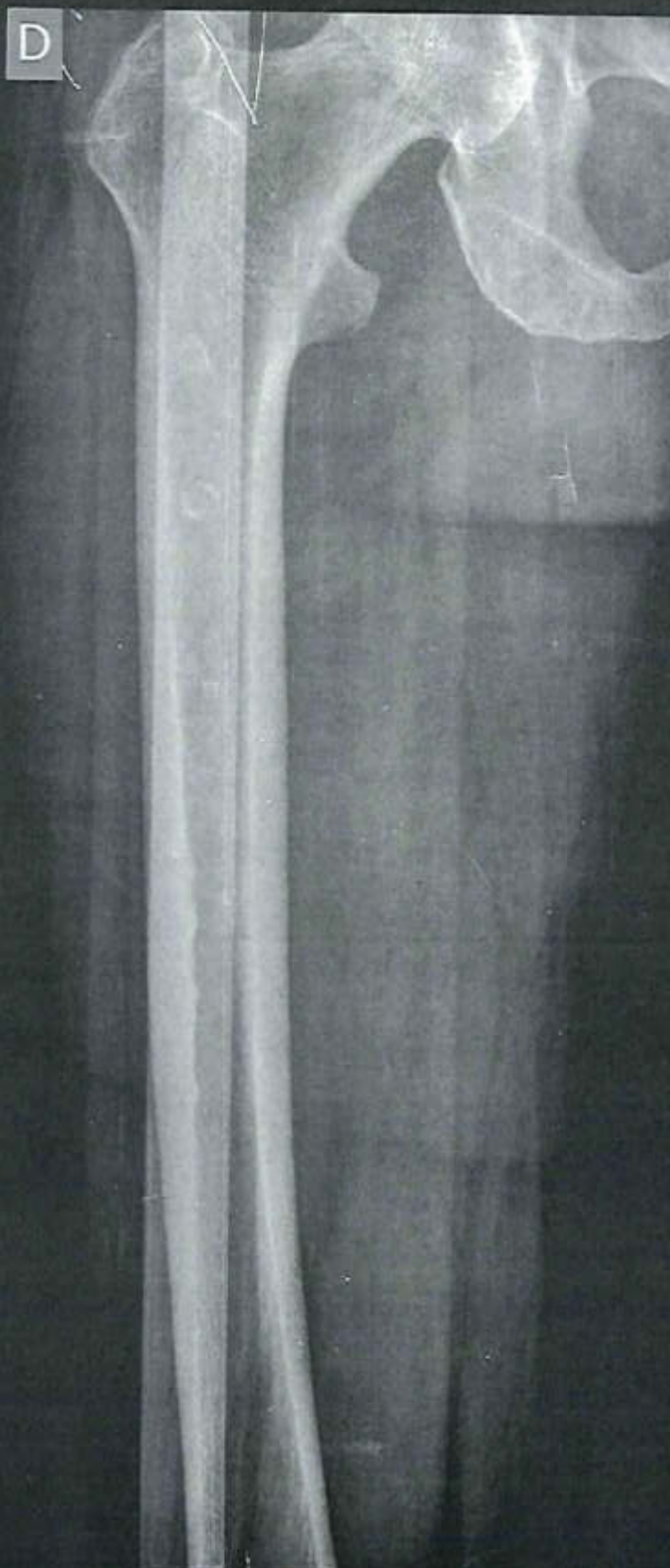
58.4 %

18/4/2018 13:35:18

ANTONIO DE SOUZA COSTA

HOSPITAL GERAL DE GRAIMA

TR. JACKSON ED. ROSANGELA



49.9 %

18/4/2018 13:36:18

50.1 %

19/4/2018 13:36:18

, ANTONIO DE SOUZA COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. JACKSON ED. ROSANGELA

D



50.1%

18/4/2018 13:35:18

, ANTONIO DE SOUZA COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

50.1%

18/4/2018 13:35:18

TR. JACKSON ED. ROSANGELA

D



28/05/2018

65,5 %

ANTONIO SOUZA COSTA

6013

HOSPITAL CORONEL MOTA



28/05/2018

65,5 %

Cloudoalido



D



ANTONIO SOUSA COSTA

5405

HOSPITAL CORONEL MOTA

14/05/2018

Francineide

70,8 %

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

NOME
SAMARA SOUSA MENESES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
3515044 SSP RR

CPF
009.163.382-66

DATA NASCIMENTO
03/10/1993

RELACÃO
RUIDGLAN COSTA DE
MENESES
SAMIRA SOUSA MENESES

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. A/B
AB

Nº REGISTRO
0546650849B

VALIDADE
22/11/2021

1ª HABILITAÇÃO
13/04/2012

OBSERVAÇÕES
A

SAMARA SOUSA MENESES

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
23/11/2016

61576734162
RR209055227

FRANCISCO ANDRÉ DA SILVA
DELEGADO PRESTADOR DE SERVIÇO

SIGNATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1356309278

1356309278

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ 2018

RECEBIDO

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

NOME

ANTONIO SOUZA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF

68145 SSP RR

CPF

225.340.242-72

DATA NASCIMENTO

20/05/1965

FILIAÇÃO

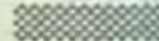
JOSE ALVES COSTA

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

63410301988
RR208702059

L. E. Silva de Castilho
LUZ EDUARDO SILVA DE CASTILHO
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

Nº 012249362094

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 01103991016 2016

ANTONIO SOUZA COSTA

225.340.242-72

MAU8297

9C2JC4830HR002396

HONDA/BIZ 125

PARTICU

2016 2017

2F/0124CC/

PARTICU

AZUL

PAGO

PAGO

V ** PAGO COTA ÚNICA **

05/12/2016

AL.FID. BANCO HONDA S/A * PROIB SAIR-DA

AMAZON 0000

BDA VISTA Diretor Presidente

07/12/2016

RR Nº 012249362094 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

225.340.242-72 INFORMAÇÕES, LEIA N.º MAU8297

SAC DPVAT 0800 922 1234

01

225.340.242-72

2016

07/12/2016

01103991016

HONDA/BIZ 125

MAU8297

2016

9C2JC4830HR002396

2016

9C2JC4830HR002396

2016

9C2JC4830HR002396

2016

9C2JC4830HR002396

2016

9C2JC4830HR002396

2016

9C2JC4830HR002396

2016

9C2JC4830HR002396

2016

9C2JC4830HR002396

2016

9C2JC4830HR002396

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 MENESES, 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. Sílvia Leite, CEP 69.314-302 nesta Capital.

PODERES: Para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium 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 MENESES, 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 judicium 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.



Antonio 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

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 18/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO SOUZA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentos de identificação

SAMARA SOUSA MENESES : 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

ANTONIO SOUZA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIANE CAMPOS RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438209/18

Vítima: ANTONIO SOUZA COSTA

CPF: 225.340.242-72

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 18/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO SOUZA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SAMARA SOUSA MENESES : 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 MENESES
CPF: 009.163.382-66

SAMARA SOUSA MENESES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ELIANE FALK

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 MENESES

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 MENESES**

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

Carta nº 13688351



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:

Antônio Souza Costa

CPF:

225.340.242-72

Profissão:

Endereço:

Rua Piaba

Número:

425

Complemento:

Bairro:

Santa Tereza

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.314-108

E-mail:

samara.meneses@hotmail.com

Tel.(DDD):

(95) 99167-2303

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

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

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 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 Líder 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 - SABEMI SEGURADORA S/A

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:

04 DEZ 2018

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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e não tiverem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

RECEBIDO

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 225.340.242-72 Nome completo da vítima: Antonio Souza Costa

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

Nome completo: Antonio Souza Costa CPF: 225.340.242-72
Profissão: autônomo Endereço: Rua Riacha Número: 425 Complemento: _____
Bairro: Santa Tereza Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.314-108
E-mail: samara.muniz@hotmail.com Tel. (DDD): (95) 99144-9859

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

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)

AGÊNCIA: 3027 013 CONTA: 00052944 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai 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 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 ROGO
* Antonio Souza Costa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 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.

04 DEZ 2018

RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA 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. Sílvia 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 Fabrício 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 53063
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 Guarnição 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.

ASSINATURAS

Eraldo Pereira Maia
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) Único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 239-Denunciação Caluniosa e 240-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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	PASSEIRA	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	A. POLÍCIA	LOCAL	2º DP
Senhor(a) Delegado(a),		HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA			

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.

DAVI FILIS MARCOLINO DA SILVA	40.870-0	3º SGT PM	2º BPM/CPÇ
CADASTRO	POSTO/GRAD.	SUOp	

EM BRANCO
F2/P3/CPC

EM BRANCO
F2/P3/CPC

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR 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
Profissão: _____ Endereço: Rua Piaba Número: 425 Complemento: _____
Bairro: Santa Tereza Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.314-108
E-mail: samara.meneses@hotmail.com Tel.(DDD): (95) 99167-2303

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

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 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 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 Líder 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: 04 DEZ 2018
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e não tiverem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

RECEBIDO

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 225.340.242-72 Nome completo da vítima: Antonio Souza Costa

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

Nome completo: Antonio Souza Costa CPF: 225.340.242-72
Profissão: autônomo Endereço: Rua Riacha Número: 425 Complemento: _____
Bairro: Santa Tereza Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.314-108
E-mail: samara.muniz@hotmail.com Tel. (DDD): (95) 99144-9859

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

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) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 013 CONTA: 00052944 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai 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 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 ROGO
* Antonio Souza Costa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 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.