



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023555/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/08/2019 11:40 Data/Hora Fim: 02/08/2019 11:58
Origem: Polícia Judiciária Data: 02/08/2019
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 11/11/2018 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: JT-03
Complemento: Cruzamento com a Avenida Olímpico
Ponto de Referência: Vila Olímpica
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Olímpico

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: INARA CAETANO COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Sexo: Feminino	Nasc: 17/03/1999
Profissão: Autônomo	Escolaridade: Ensino Médio Completo		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Pattie Gray Andrade Caetano	Nome do Pai: Harlison Alves da Costa		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 013.133.562-96
RG - Carteira de Identidade: 494165-9

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: JT-02
Complemento: Casa
Bairro: Olímpico
Telefone: (95) 99171-8440 (Celular)

Nº: 772

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 810.737.712-53	Placa NAW-8738
Renavam 01033563576	Número do Motor JC48E3F036617
Número do Chassi 9C2JC4830FR036617	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 EX
Modelo HONDA/BIZ 125 EX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado

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



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 02/03/2019 12:00
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

21 AGO. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

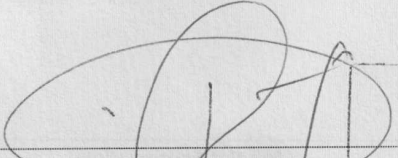
Nº: 023555/2019

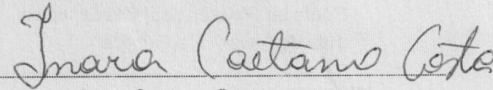
Nome Envolvido	Envolvimento
Inara Caetano Costa	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitada compareceu nesta Delegacia para informar que conforme, hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo à motocicleta também já devidamente descrita acima e que está no nome de SHIRLEY SILVA ROCHA. Que em referido cruzamento foi colidida por um ciclista, provavelmente de Nacionalidade Venezuelana e se movimentava de forma desgovernada. Que caiu e sofreu lesões corporais, sendo levada até o HGR por populares. Que não sabe dar informações sobre o ciclista. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento


Inara Caetano Costa
(Comunicante / Vítima)

DAT
02 AGO. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 344-Sonegação de Prova do Código Penal Brasileiro."

21 AGO. 2019



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 02/08/2019 12:00
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

11/11/2018

... Guia de Atendimento 17 ...



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação
VERDE

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1801033527 11/11/2018 08:45:19 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07:19 20

Paciente **INARA CAETANO COSTA** Data Nascimento **17/03/1999** Idade **19 A 7 M 25 D** CNS **708209653512143** CPF **01318356296** Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade
IDENTIDADE **F** **PARDA** **BRASILEIRA**
Mãe **PATTIE GRAY ANDRADE CAETANO** Contato **(95) 99139-8168**
Endereço **RUA - JT-02 - 772 - OLIMPICO - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **VERDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento **SPA - PRONTO ATENDIM** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **ELIENE**
36.80 **130 x 80**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
DOR EM OMBRO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE BICICLETA (OBSERVO ESCORIAÇÕES EM MSE E DORSAL)

Anamnese de Enfermagem **NEGA HAS OU DM.NEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS** GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **08:51** h)
Paciente relato acidente de bicicleta em movimento. Relato que, após cair, houve
sem movimentos o MSE.

Exame Físico **mobilitado reduzida**

Hipótese Diagnóstica **Quadril / Luxação** **Aluxia**

SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO **1- Dipirona 1g EV** **2- Paracetamol 400mg EV** **9:20**
Pronto Atendimento **51**
Dr. R. O. G. V. S. M.

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: **Sala de Gesso**
Max Souto Alencar **Ortopedia e Traumatologia** **Medicina do Transito** **CRM-RR 695**
☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: **1 / 1**

óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica **1 / 1**

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ludymilla.farias
Data Hora: 11/11/2018 08:48:31

Assinatura

21 AGO. 2019



1801033527





CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.428-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.366-610



Matrícula:

897019

Março/2019

Dados do Cliente:

MARIA DO SOCORRO A CAETANO

Endereço para entrega:

RUA JT 02, 772 - OLIMPICO BOA VISTA RR 6
9314-579

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias	
001.021.635.0100.000	27	2030	RESIDENCIAL	
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto	
Y11L404748	23/04/2013	CORTADO	POTENCIAL	
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 2542		2584	42	30
LEITURA INF.				
DT. LEITURA 04/02/2019 06/03/2019				

ULTIMOS CONSUMOS

201902 40-0
201901 29-0
201812 24-0
201811 36-0
201810 26-0
201809 31-0
MEDIA 31

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	E.COLI
EXIGIDAS	168	168	168	168	168
ANALISADAS	191	191	191	191	191
CONFORMES	191	191	191	191	191

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	42 M3	149,53
MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2019		1,84

VENCIMENTO:

15/04/2019

TOTAL A PAGAR

151,37

AVISO: EM 31/01/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
897019	03/2019	15/04/2019	151,37

82650000001- 1 51370004001- 9 00089701901- 4 03201920003- 2



21 AGO. 2019

21 AGO. 2019

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

Polegar Direito

Assinatura do Titular
Tina Caetano Costa

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

494165-9

10/04/2015

DATA DE EXPIRAÇÃO

INARA CAETANO COSTA

RELIGIÃO

MARLISON ALVES DA COSTA

PATTIE GRAY ANDRADE CAETANO

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DOC. ORSEM

CERTO NASC. 17068 FLS 128-V LIV A-29

2 OF BOA VISTA-RR

013.183.562-96

1 VTA

Hênio Stênio Lima Andrade
Diretor do IIOC

DATA DE NASCIMENTO

17/03/1999

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.7



Nº da Agência/Conta/DAC

6953/23314-2

Cliente

Nome (sem abreviação)

INARA CAETANO COSTA

Bem-vindo ao Itaú. É uma grande satisfação ter você como cliente.

Recebemos a Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú, de Contratação de Serviços - PF e de Pacote de Serviços; assim que for aceita, você será comunicado e passará a ter acesso à Conta Universal Itaú e aos serviços a ela vinculados.

Na Proposta de Abertura da Conta, você solicitou a contratação dos seguintes serviços:

Cartão Provisório Itaú

☐ Sim ☒ Não

Entrega de Cheques em Domicílio

☐ Sim ☒ Não

Adiantamento a Depositantes (AD)

☐ Sim ☒ Não

LIS - Limite Itaú para Saque

☐ Sim ☒ Não

Seguro LIS Itaú

☐ Sim ☒ Não

Cartão de Crédito Itaucard:

☐ Sim ☒ Não

Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito

☐ Sim ☒ Não

Cartão de Débito Itaú

☒ Sim ☐ Não

Seguro Cartão Protegido (Múltiplo e/ou Débito)

☐ Sim ☒ Não

Aplicações e Resgates Automáticos (Aplic. Aut. Mais Itaú)

☐ Sim ☒ Não

Fatura Digital

☐ Sim ☒ Não

Pacote de Serviços- () não solicitou - (x) solicitou Poupança Economica Itaú; com mensalidade de R\$ 0,00. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site www.itaú.com.br.

Cartão 1º titular - () não solicitou - (x) solicitou DEBITO MASTERCARD;

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em ___ vezes sem juros, com vencimento todo dia ___ de cada mês.

Cartão 2º titular - (x) não solicitou - () solicitou _____;

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em ___ vezes sem juros, com vencimento todo dia ___ de cada mês.

Cartão adicional - (x) não solicitou () solicitou _____; O cartão pagará 50% da anuidade cobrada do respectivo titular.

Cartão de Crédito: Para cartões com a mecânica 2.0, caso você não pague o valor total da fatura e não contrate um Parcelamento ou Financiamento da Fatura até o vencimento, haverá cobrança de juros sobre: (i) o saldo remanescente a partir do vencimento da fatura; (ii) novas compras a partir de sua realização; e (iii) parcelas de compras parceladas sem juros a partir do lançamento na fatura. O pagamento, a qualquer momento, do saldo em aberto da fatura vigente evitará a incidência de juros sobre novas compras e parcelas, a partir deste pagamento. Compras e parcelas lançadas quando havia saldo em aberto terão incidência de juros até o próximo vencimento. Para entendimento da mecânica do cartão Itaucard 2.0 e demais tarifas acesse itaú.com.br/cartoes. O contrato será enviado para você via SMS e está disponível para consulta e download no site do Itaú. A anuidade é cobrada no uso do cartão múltiplo ou no desbloqueio do cartão de crédito, conforme valor vigente em tarifário. Para consultar se o seu cartão possui o Programa de Fidelidade e/ou fazer a adesão acesse itaú.com.br/fidelidade.

Extrato mensal Consolidado: disponível para consulta no Itaú 30 Horas via Internet. O recebimento do Extrato Mensal Consolidado via correios pode ser solicitado pelo Itaú 30 horas via Internet, pelo Caixa Eletrônico ou pela Agência após a abertura e está sujeito à tarifação conforme Tabela Geral de Tarifas.

Plano de Vantagens Itaú: (x) Não Aderiu () Aderiu

Atenção: Ao aderir ao Plano, **você deixará de contar com quaisquer isenções, condições especiais ou preços diferenciados de pacotes de tarifas e outros serviços, incluindo aqueles decorrentes do volume dos seus investimentos ou negociações do Itaú com o seu empregador.** Consulte os critérios, as condições específicas e os benefícios do seu Plano no Regulamento disponível nas agências ou no site. Os produtos e serviços solicitados poderão estar sujeitos à cobrança de tarifas conforme Tabela Geral de Tarifas, encargos e prêmios de seguro, conforme indicado anteriormente na Proposta de Abertura de Conta.

A qualquer momento você poderá procurar uma agência ou o SAC para cancelar os produtos e serviços contratados. Verifique sempre as condições e as consequências do cancelamento.

Lembre-se que as Condições Gerais da Conta Universal Itaú e dos Serviços, bem como a Tabela Geral de Tarifas, estão disponíveis nas agências e no itaú.com.br.

Itaú. Feito para você.

Consultas, informações e transações, acesse itaú.com.br ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais, ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.



Itaú Unibanco S.A.

Informações Essenciais - Conta Universal Itaú

Este documento apresenta determinadas informações essenciais sobre a Conta Universal Itaú. Outras informações importantes para sua decisão de abrir uma conta conosco não estão transcritos ou sumarizados neste documento. Caso você tenha interesse em abrir uma conta no Itaú, deverá ler e aceitar a íntegra das Condições Gerais da Conta Universal Itaú ("Condições Gerais"), disponível em nossas agências e em itau.com.br.

1. Regras básicas: A Conta Universal Itaú ("conta") permite a movimentação, com um único número, de sua conta-corrente e conta-poupança. Você pode movimentar sua conta na agência e pelos canais de conveniência, tais como caixas eletrônicos, internet, telefone, celular ou tablet ou estabelecimentos conveniados. Sua conta acolherá depósitos, saques e débitos, bem como créditos ou débitos provenientes de transferências. A movimentação da conta pode ser feita mediante cartões, cheques, senhas de acesso e identificação biométrica, mas o fornecimento de folhas de cheques está sujeito à análise e aprovação pelo Itaú. Você pode abrir uma conta conjunta com outra pessoa, decidindo no momento da abertura se a movimentação da conta dependerá da autorização de ambos os titulares ou de apenas um deles. O Itaú pode debitar valores de sua conta nas situações autorizadas por você, inclusive para pagamento de operações de crédito. A utilização de serviços está sujeita à cobrança de tarifas, que podem ser consultadas na Tabela Geral de Tarifas afixada nas agências e em nosso site. São assegurados a você os serviços essenciais gratuitos, que são serviços básicos de movimentação e consulta da conta. Você tem a opção de contratar um pacote de serviços, que contempla uma quantidade adicional de serviços bancários. A utilização de serviços que exceder os essenciais ou aqueles incluídos no pacote eventualmente contratado será cobrada de forma individualizada.

2. Riscos, Medidas de Segurança e Controle: O Itaú adota tecnologias de segurança para ajudar a proteger sua conta, incluindo cartões com chip, que não permitem clonagem por serem criptografados, sistemas de identificação pessoal baseados em assinaturas, senhas, impressões digitais, códigos e outras informações de seu exclusivo conhecimento. No entanto, muitos dos riscos associados à manutenção de sua conta podem ser mitigados com a sua cooperação. a) Em caso de perda ou roubo de cartão, cheque ou senha, comunique imediatamente o Itaú por meio de nossos canais de atendimento. b) Guarde sua senha em local seguro, nunca a revele a terceiros e utilize equipamentos com sistemas de segurança atualizados em operações realizadas em canais eletrônicos. c) Quando necessário, solicite ao Itaú o imediato registro de oposição, contraordem a pagamento e cancelamento de cheques, observando a lei. Além disso, uma gestão consciente de seus recursos pode reduzir riscos de possíveis descontroles na movimentação de sua conta. Assim, (i) para evitar a emissão de cheques sem provisão de fundos e sua inclusão no CCF Cadastro de Emitentes de Cheques sem Fundos, sempre mantenha saldo disponível para liquidar cheques ainda não apresentados para pagamento e outros débitos pendentes; (ii) para lidar com indisponibilidades sistêmicas, bloqueios momentâneos e outras limitações de movimentação da conta, procure dispor de meios alternativos para pagamento de suas despesas imediatas; e (iii) caso opte pela contratação do serviço de adiantamento a depositante, use-o somente em situações emergenciais.

3. Informações Cadastrais: Você deverá manter seu cadastro atualizado, informando ao Itaú, sempre que solicitado, ou sempre que houver alteração, seus dados de renda, patrimônio, estado civil, telefone, endereço comercial, residencial e eletrônico e documentos de identificação apresentados na abertura da conta. As atualizações poderão ser efetuadas em qualquer agência Itaú. Seu endereço, telefone e e-mail podem ser atualizados também pela internet e pelo telefone. O Itaú poderá bloquear total ou parcialmente a movimentação de sua conta caso identifique a existência de dados desatualizados.

4. Contratação e rescisão: Para abrir sua conta, você deverá ler atentamente as Condições Gerais e preencher e assinar uma Proposta de Abertura de Conta, concordando com tais condições e escolhendo os serviços e autorizações disponíveis. Deverá apresentar os seguintes originais: (i) documento de identificação aceito pelo Itaú; (ii) comprovante de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); e (iii) comprovante de residência. A conta poderá ser encerrada, a qualquer tempo, por escrito, por você ou pelo Itaú. No ato da solicitação de encerramento, você deverá entregar ao Itaú as folhas de cheque que possuir ou apresentar declaração de que as inutilizou. Além disso, deverá manter na sua conta saldo suficiente para pagamento dos compromissos assumidos. O Itaú enviará a você, por correio ou por meio eletrônico, aviso com a data do efetivo encerramento da conta.

Consultas, informações e transações, acesse itau.com.br ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, de posse do protocolo, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUACANGA PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO SEGURO DPVAT

RR Nº 9997045462 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2014

CPF/CNPJ 666.261.102-68 PLACA NAW8738

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 09/01/2015

RR Nº 9997045462

CPF / CNPJ 666.261.102-68

PLACA NAW8738

RENAVAM 01055363526

IMARCA / MODELO HONDA / BIZ 125 EX

ANO FAB 2014 CAT TARIF 9C3JUE4830F K035617

Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$10.76

DEMATRAN (R\$) R\$1.2

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$11.95

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15

IOF (R\$) R\$0.11

TOTAL SERVIDO PELO SEGURO (R\$) R\$28.16

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 08/01/2015

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A 9997045462

CNPJ: 09.248.608/0001-04 64004529 816

[illegible]

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04
Rua Senador Dantas, 74 - 5º andar
Centro - Rio de Janeiro
www.seguradoralider.com.br



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flair Snácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383 051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Imara Caetano Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.183.562 / 96

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Imara Caetano Costa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.183.562 / 96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua. Antônio P. Calvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buenos</u>	Cidade: <u>Boca Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIPRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: Boca Vista - RR 21/08/19

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

21 AGO. 2019



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:

013.183.562-96

Nome completo da vítima:

Imara Caetano Costa

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

Nome completo:

Profissão:

autônomo

Endereço:

Rua JT-02

CPF:

013.183.562-96

Bairro:

Olimpico

Cidade:

Boa Vista

Número:

772

Complemento:

E-mail:

ILOTRRR@hotmail.com

Estado:

RR

CEP:

69.314-579

Tel.(DDD):

(95)98403-5060

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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:

Itaú

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6953

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

23314

(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; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (val 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Boa Vista - RR, 21/08/19

Nome:

Imara Caetano Costa

CPF:

013.183.562-96

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

21 AGO. 2019

(*) 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.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	INARA CAETANO COSTA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	AUTONOMA
IDENTIDADE:	494165-9 SSP/RR
ENDEREÇO:	R: JOSE PALHEIRO DE SOUZA 772 OLIMPICO

OUTORGADO

NOME:	ILHIO INACIO DE SOUZA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AUTONOMO
IDENTIDADE:	114807 SSP/RR
ENDEREÇO:	R: ANTONIO P. GARNAO 1832 BURETIS

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 11/11/2018, cobertura Invalidez, vítima: Inara Caetano Costa.

BOA VISTA, 12 DE ABRIL DE 2019

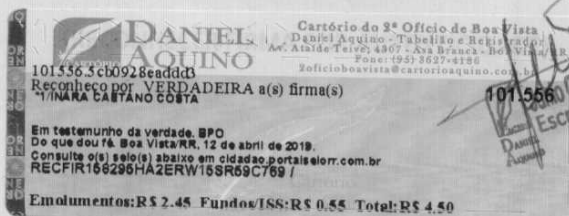
LOCAL E DATA



Inara Caetano Costa

ASSINATURA DO OUTORGANTE

21 AGO. 2019



1015566
Escritor Autorizado

Pedir Prontuário.

RR SEGUROS DPVAT



DADOS DO CLIENTE

FICHA DE CADASTRO

NOME COMPLETO	INARA CAGTANO COSTA		
CPF	013.183.562-96		
RG	4941659	EMISSOR	SSP
UF	RR		
DATA DO ACIDENTE	11/11/18	LOCAL	RUA 773
NOME DO PAI	HARLISON ARVES DA COSTA		
NOME DA MÃE	PATITE GRAY ANDRADE CAGTANO		
ENDEREÇO (1)	R: JOSE FA LUTTE DE SOUZA 772		
BAIRRO	OLIMPICO	CIDADE	BOAVISTA
CEP		ESTADO	ROBAMA
TEL. CEL. (1)	(1) 991718440	TEL. CEL. (2)	(1) 991720717
ENDEREÇO (2)			
BAIRRO		CIDADE	
SINISTRO			

Documentos necessarios

☒ CPF (Xerox)

☒ RG (Xerox)

☒ Comprovante BANCÁRIO

☒ Comprovante de Residência

☒ PRONTUÁRIO HOSPITALAR

☐ BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

☒ DUT (caso a vítima seja o proprietário do veiculo)

KANOK

Proveio DPVAT | Busca avançada x Seguradora Líder-DPVAT Acomp x +

← → ↻ seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documentos Morte
- Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

- Como Pagar
- Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada pelo Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada pelo parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

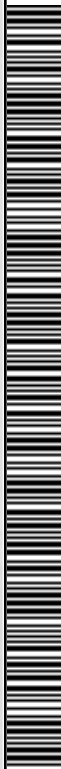
SINISTRO 3190491923 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA INARA CAETANO COSTA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN
CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO INARA CAETANO COSTA
CPF/CNPJ: 01318356296

Posição em 17-10-2019 10:03:20
Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nota
Comprovação de registro de acidente	Vítima	Não	

Windows 10 taskbar: Digite aqui para pesquisar



EU: Inara Caetano Costa

PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____

RG: Nº. 494165-9 SSP/____ CPF/MF Nº. 013.183.562-96

E-MAIL: Caetanonara1@gmail.com

TELEFONE: _____

ENDEREÇO: Rua TJ-02 Nº. 772

BAIRRO: Olimpico CEP: 9314-579

situado no Município de Boa Vista, pelo presente instrumento procuratório, nomeia e constitui, como seus procuradores, **REINALDO FÉLIX DA SILVA**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 2171, com endereço na Rua flamboian nº 314, Bairro Jardim Primavera, Boa Vista/RR, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicium*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 24 de Agosto de 2019.

Inara Caetano Costa
Outorgante

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Inara Caetano Costa
ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO _____
RG nº: 494165-9
CPF/MF nº: 013.183.562-96
ENDEREÇO: Rua TJ-02 N° 772
Olimpico

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

Boa Vista/RR, 22, agosto de 2019.

Inara Caetano Costa

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CARTEIRA DE TRABALHO

Eu Inara Cantano Costa, portador do RG nº 494165-9
Orgão expedidor _____ e do CPF 013.183.562-96 residente no
endereço Rua: JT-02 n° 772
Bairro Olimpico declaro que não possuo CTPS – Carteira de
Trabalho, declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima
implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 15 da Lei 12.101/09.

Boa Vista, 21/08/2019
(local, data)

Inara Cantano Costa
(Assinatura do declarante)