



**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Para mais informações  
sobre a sua fatura,  
entre em contato com a  
Central de Atendimento ao Cliente  
e-mail: [centraldeatendimento@eletrobras.com.br](mailto:centraldeatendimento@eletrobras.com.br)

**ESTADO DE  
RORAIMA**  
**0681000-4**

000532139

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Eraldo Gomes, 1011 - Centro - Boa Vista - RR  
CEP: 69.300-000 CNPJ: 00.000.000/0001-41 Fone: (65) 3222-5  
Sociedade de Serviços Públicos de Roraima - Sesp - Roraima  
Regime especial da Imprensa autorizada para circular dentro

CFP da Telefônica Paulista  
A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEEL é válida  
pela Lei nº 10.429 de 20 de junho de 2002.

**ABRIL/2018** 06/05/2018 313 158,93

**JOSE PASEGAL MONTTEIRO**  
AV GEN BENTO DOMINGUES 921 OPERARIO  
CPF: 000.000.000-00  
CEP: 69.316-300 - BOA VISTA

ROT: 15.001.23.10.052200

Consumo	12213	Até	06/04/2018
Reab.	11900	Até	07/03/2018
Anterior:	1.000	Até:	06/05/2018
Constante de Subtenção:	313	Próximo Lefam:	05/04/2018
Consumo Médio:	313	Entrega:	06/04/2018
Consumo da conta:		Assinatura:	30

NORMAL

Classe: RURAL Lote: 14T08889566L 14/01/04 4.1.2.2 285

Mês/Ano	Valor	Detalhe
MAR/18	344	CONSUMO 313 A 31 0.391169 = 122,43
FEV/18	411	CORREÇÃO MONETARIA DA 01/18-00 0,08
ABR/18	267	CORREÇÃO MONETARIA 10 01/18-00 0,72
DEZ/17	317	MULTA POR ATRASO DE 1 01/18-00 0,93
MAR/17	317	JUROS DE HORA POR ATR. 01/18-00 0,29
OUT/17	261	MULTA POR ATRASO 01/18-00 2,12
SET/17	269	JUROS DE HORA DE IMPÓ 01/18-00 0,99
AGO/17	227	JUROS DE HORA DE IMPÓ 01/18-00 31,37
JUL/17	248	ILUMINAÇÃO PÚBLICA
JUN/17	225	
TOTAL EM DÉBITO:	1.000	
VAL. 313 - 0,391169		

Mediados operadores sujeitos a cobrança do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/03/2018. O uso da rede de distribuição é feita mediante tarifa e inclusive do custo de fornecimento na rede. Caso haja variação o pagamento ficar descontabilizado.

LIGUE 00007019229 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESUMIDO AO PESO	2000.004F.98C1.3CF4.6390.9274.3508.996F
Distribuição:	37,54
Outros:	69,65
Energy:	0,00
Transportes:	2,50
Impostos:	22,34
Total:	122,43
Bala de Circuito:	17,00%
Aluguel ICMS:	20,81
Valor do ICMS:	0,26
Valor do PIS:	1,27
Valor do COFINS:	

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00						0,00
0,00						0,00
						0,00
						0,00



DIA: 10/05/2018  
PERÍODO: 11/04/2018 - 18/05/2018  
CNPJ: 00.102.111/0001-6



Módulo: 1021117

Mês: 05/2018

Cliente:  
1021117 - MUNICÍPIO DE SOROCABA

Endereço do cliente:  
RUA RENATO FERREIRA CALVO, KM. 01800  
- BRASILIA DO NORTE KM 6329-150

Importo: 1021117.102.0000.000 Reta: 510 Segunda Especial: 1

Mês: 05/2018	Reta de Leitura: 11/04/2018	Reta de Leitura: 11/05/2018	Especial Água: FÁCTIVEL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FÁT.	3152	3162	10
LEITURA INF.			

OT: LEITURA 11/04/2018 11/05/2018

ULTIMOS CONSUMOS:

DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
20/04	10-11				
20/04	10-10				
20/04	10-14				
20/04	10-15				
20/04	10-17				
20/04	10-17				
MÉDIA	10				

DESCRIÇÃO

AQUA:

RÉSIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AQUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

10,80 29,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2018

9,47

DATA: 15/05/2018 TOTAL A PAGAR: 24,30



516300000000-0 24300004001-0 00102111701-3 05201899999-6



Via Celular

2018

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (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:

<https://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 econômicas suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Túlio Inácio de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário Jose Pascual Monteiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 202.361.533 / 04, da sinistro de DPVAT cobertura Joaquim de Z, da Vítima Jose Pascual Monteiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 202.101.093 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Antônio Pichaini Bahão	Número	1332
Bairro	Brofita	Cidade	Praia Vista
Email	<u>ilidessi@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDI)	Estado
			CEP <u>69.309-209</u>

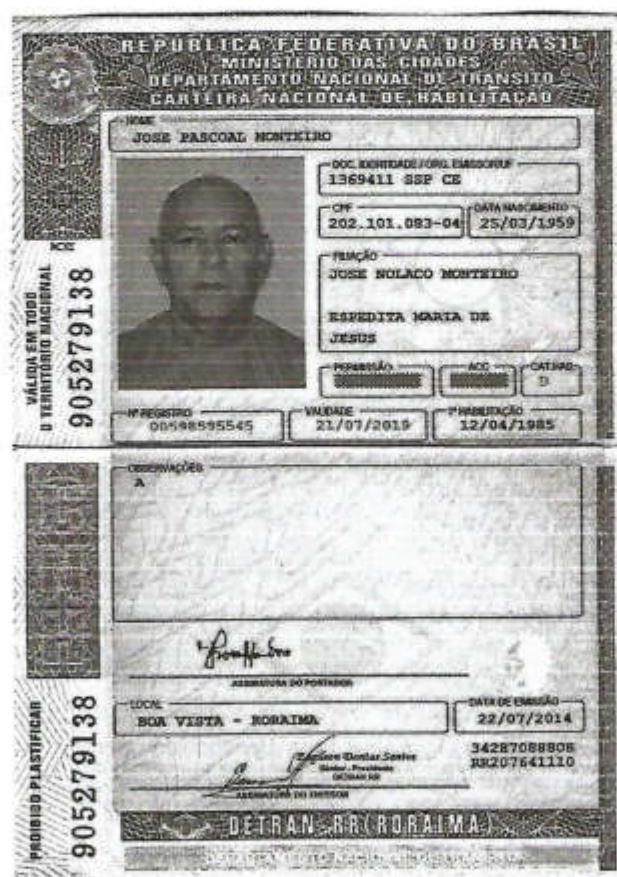
Praia Vista, 23 de Agosto de 2018

Local e Data

  
Assinatura do Declarante

**DOCUMENTO  
ORIGINAL  
22 AGO. 2018**





22 AGO. 2018



Passo 42

Seguradora Líder dos Consórcios

CNPPI: 09-2448-003/0001-06  
Category: MHI

CHI-03-248608/0001-04

四

22 AGO 2019

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



Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de setembro de 2012

Circular PRESI – 031/2012

Às  
Seguradoras Consorciadas

ORIGINAL

ORIGINAL 15 AGO. 2010

**Assunto: Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta nº 01/2012**  
**Necessidade de ajustes para evitar solicitação de laudos médicos em formulários sugeridos ou fornecidos pelas seguradoras**

O Ministério Público Federal, por meio do Inquérito Civil nº 1.34.008.000022/2011-27, constatou que algumas Seguradoras Consorciadas vinham exigindo, como condição para requerimento de indenização do Seguro DPVAT, formulários ou laudos em papel timbrado da respectiva Seguradora, a serem preenchidos pelos médicos que realizaram o atendimento da vítima nos hospitais.

Como esses documentos possuíam características diversas daqueles emitidos por médicos e hospitais, mesmo nos casos em que a vítima era atendida pelo SUS, constatou-se eventual cobrança de honorários por parte dos médicos para o preenchimento de tais formulários, o que vai contra o princípio do Seguro DPVAT ser inteiramente gratuito para as vítimas.

Observando que as vítimas vinham sendo lesadas pelas cobranças por tais laudos médicos, o Ministério Público Federal instou essa Seguradora Líder DPVAT à celebração do TCAC em referência, de forma a evitar a solicitação indevida de documentos para regulação de sinistros do Seguro DPVAT.

Por essas razões, comunicamos a imediata revogação da CIRCULAR PRESI 005/2008, tornando-se desde já sem efeito.

Pedimos, então, especial atenção e leitura ao que segue:

#### **Da solicitação de laudos e relatórios médicos aos usuários**

A legislação que trata do Seguro DPVAT prevê a necessidade de entrega, pelos usuários, de laudos e relatório médicos que tenham sido produzidos durante seu atendimento e tratamento após o acidente, na forma emitida pelo profissional ou entidade fornecedora do serviço.

Sendo assim, está proibida a solicitação ou exigência, como condição para requerimento e/ou pagamento das indenizações de Seguro DPVAT, de laudos médicos em formulários sugeridos ou fornecidos pela própria Seguradora, especialmente aqueles em que é solicitado ou exigido o preenchimento/elaboração pelo profissional médico que atendeu à vítima acidentada, uma vez que estes não se caracterizam como relatórios de tratamento ou

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Tel: 21 3661-4600 www.seguradoralider.com.br  
R. Senador Dantas 74, 5º andar  
Centro - Rio de Janeiro CEP 20031-205

Seguradora Líder - DPVAT

internamento fornecidos pela rede hospitalar, ou previdenciária, os quais são emitidos gratuitamente em formulário próprio da entidade fornecedora.

**Necessidade de comunicação do conteúdo do presente ofício a todas as sucursais, filiais dessa seguradora e suas reguladoras de sinistros.**

As informações contidas nessa Circular devem ser transmitidas a todas as suas filiais, sucursais, escritórios de representação, reguladoras de sinistros e pontos de atendimento em todo o território nacional, restando claro a todos os operadores do Seguro DPVAT que, para o recebimento de indenizações, só é necessária a solicitação de documentação médica emitida pelos médicos, hospitais e entidades fornecedoras, em sua forma original, estando proibidas as Seguradoras de sugerir ou confeccionar formulários médicos a serem solicitados às vítimas conforme sua conveniência.

Ressaltamos que o descumprimento das medidas previstas no TCAC em referência, e descritas na presente Circular, poderão ensejar multas de um salário mínimo por evento e, caso estas venham a ser cominadas, serão de responsabilidade da Seguradora Consorciada que não observou as determinações ora transmitidas, podendo haver, ainda, fiscalização e cominação de multas pela SUSEP.

Esclarecemos, por fim, que as ações previstas nessa Circular devem ser aplicadas de imediato, permanecendo esta Seguradora Líder DPVAT à disposição para mais informações ou orientações que se façam necessárias.

Atenciosamente,

Ricardo de Sá Acalauassú Xavier  
Diretor Presidente

ORIGINAL 15 AGO. 2010

ORIGINAL

ANEXO



ORIGINAL

ORIGINAL 15 AGO. 2008

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

PROCURADORIA DA REPÙBLICA NO MUNICÍPIO DE PIRACICABA

Avenida Brasil, 1.034 – Jardim Europa Piracicaba (SP) – CEP 13.416-530 – Fone: (19) 3447-4000

exigência de apresentação pelos requerentes/beneficiários de laudos em formulários próprios fornecidos pelas seguradoras consorciadas, além daqueles previstos em lei, pelas próprias seguradoras consorciadas do seguro DPVAT, reconhecendo ser desnecessária a apresentação de formulários e laudos distintos daqueles previstos em lei quando o IML cumpre adequadamente com suas atribuições legais, para fins de pagamento do seguro DPVAT;

**CONSIDERANDO** que no ofício DPVAT/JUR de 31/05/2011, a COMPROMISSÁRIA afirma que para "viabilizar a liquidação do sinistro, são realizadas avaliações médicas por prestadores de serviços médicos desta Seguradora Lider DPVAT nos casos em que os elementos documentais são insuficientes e inconclusivos para o aludido enquadramento das lesões, sem qualquer custo para o interessado", de forma que o "beneficiário que postula o recebimento da indenização é examinado por médicos – credenciados junto ao Conselho Regional de Medicina e tecnicamente capacitados para a função – que elaboram laudo circunstanciado e fundamentado na legislação vigente" (grifos do original);

**CONSIDERANDO** que, de acordo com o artigo 5º, inciso II, da Constituição Federal, "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, senão em virtude da lei";

**CONSIDERANDO** que a Lei nº 7.347/85, em seu artigo 5º, § 6º, facilita ao MINISTÉRIO PÚBLICO tomar dos interessados compromissos de ajustamento de sua conduta, com eficácia de título executivo extrajudicial;

**RESOLVEM** firmar o presente Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta, doravante denominado TCAC, mediante as seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA 1º** – O presente TCAC tem como escopo coibir a eventual solicitação ou exigência aos requerentes/beneficiários, pelas seguradoras consorciadas do seguro DPVAT, de laudos médicos em formulários sugeridos ou fornecidos pelas próprias seguradoras, sem previsão legal, como condição para pagamento da respectiva indenização.

**CLÁUSULA 2º** – A COMPROMISSÁRIA se compromete a se abster de solicitar ou exigir, como condição para requerimento e/ou pagamento das indenizações do seguro DPVAT, laudos médicos em formulários sugeridos ou fornecidos pelas próprias seguradoras, especialmente aqueles em que é solicitado ou exigido o preenchimento/elaboração pelo profissional médico que atendeu o segurado acidentado.

---

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE PASCOAL MONTEIRO**

Nº Sinistro: **3180387461**

Vitima: **JOSE PASCOAL MONTEIRO**

Data do Acidente: **19/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180387461**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Documentação médico-hospitalar faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



---

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE PASCOAL MONTEIRO

**Nº Sinistro:** 3180387461

**Vitima:** JOSE PASCOAL MONTEIRO

**Data do Acidente:** 19/03/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ILOIR INACIO DE SOUZA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180387461.**

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](http://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**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180387461**

**Vítima: JOSE PASCOAL MONTEIRO**

**Data do Acidente: 19/03/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSE PASCOAL MONTEIRO**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**PMRR-1ºBPM**

## RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 066004

Vtr 626	SUCp 1º BPM/CPC	Data 19/03/2018	S/Sector LESTE	H/Transm 10:55	H/Ini 10:55	CH/H 0	H/Fim 14:10
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13006/13023/13999	Cód. Ser. Prest. 14008	Km/Ini. 78061	Km/Fim 78082			

## LOCAL DE OCORRÊNCIA

Rua: Rua: professor Diomedes c/ Av. Terencio Lima

Bairro: Centro

Ref  
e.: 463

## PESSOAS RELACIONADAS

<sup>1</sup> ENVOLVIDO Nome: Deusdete da Silva Idade: 55 E. Civil: solteiro  
 Endereço: Rua Raimunda Alves Soares, 180 - caranã  
 Edt. R.G 58543 ssp/rr CNH 00919889452 Profissão: MOTORISTA

Nome: JOSÉ PASCOAL MONTEIRO Idade: E. Civil:  
 Endereço: R. GENERAL BENTO GONÇALVES, 921 - OPERÁRIO  
 1369411 SSP/CE

Edt. R.G CNH 0059895545 Profissão: MOTORISTA

Nome: Idade: E. Civil:  
 Endereço:

Edt. R.G CNH Profissão:

## DANOS NOS VEÍCULOS

- VEICULO S-10 VTR 06 PREFEITURA DE BOA VISTA PLACA NAO-5762 CONDUZIDA PELO ITEM 1 (LATERAL DIREITA INTEIRA, PARALAMAS, PORTAS, VIDROS E RETROVISORES)
- VEICULO HYUNDAI HBL SC PLACA NAN-5254 CONDUZIDO PELO ITEM 2 (TODA A PARTE FRONTAL DA CABINE)

MAT. 42000653

ASSINATUA Mauricio CARGO ACPC LOCAL 1º DP.D.  
 Senhor Delegado(a).

As: 14:10

Informo que fomos acionados via CIOPS para averiguação de acidente de trânsito com vítima no endereço supra citado, ao chegar no local foi identificado os dois veículos já descritos nos autos (s-10 e hyundai HBL sc), onde o condutor José Pascoal Monteiro, encontrava-se preso dentro as ferragens no interior do veículo, sendo necessário uso dos aparelhos de resgate da equipe do corpo de bombeiros bem como apoio dos socorristas do samu. O condutor Deusdete da Silva, encontrava-se fisicamente bem dispensando atendimento de equipe médica. Foi informado a esse signatário que o item 01 transitava pela av. Terencio Lima sentido Ville Roy, quando ao atravessar a rua professor Diomedes, o veículo hyundai de placa nan-5254 que vinha em alta velocidade chocou com a lateral direita do seu veículo. Esta guarnição informa que fez deslocamento ao HGR para averiguar o estado de saúde do item 02, e foi verificado que o condutor teve algumas escoriações e uma luxação no dedo polegar da mão esquerda. Foi feito isolamento do local e acionamento da perícia, com o comparecimento do perito Silvio Monteiro. Era o que tinha a relatar, encaminho comunicado para as devidas providências.

SAMUEL MACEDO SOUZA

41.368-2

Nº

SD PM

Posto/Graduação

1º BPM/CPC

SUOp





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014704/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/04/2018 13:39 Data/Hora Fim: 06/04/2018 13:42

Delegado de Polícia: Alexandre Henrique de Matos Lima

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 19/03/2018 10:55

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Centro

Logradouro: AV. TERENCIOLIMA

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE PASCOAL MONTEIRO (COMUNICANTE )
Nacionalidade: Brasileira
Naturalidade:CE - Mucambo
Profissão: Motorista
Nome da Mãe: Espedita Maria de Jesus

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA BENTO GONÇALVES

Nº: 921

Bairro: OPERARIO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado compareceu nesta Delegacia apresentando cópia do ROP PM Nº 066004 SÉRIE J (CÓPIA ANEXA), para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo o veículo I/HYUNDAI HR HDLWBSC, PLACA NAN-5254, RENAVAM 00207648506, CHASSI KMFZBX7HAAU560031, DE PROPRIEDADE DA EMPRESA KORYO AUTOMÓVEIS LTDA, CNPJ 10.892.242/0001-90, ESTANDO A TRABALHO. Que trafegava pela Rua Professor Diomedes Souto Maior (PREFERENCIAL), ao chegar no cruzamento com à Avenida Terêncio Lima, foi colidido pelo veículo de CHEVROLET/S-10, DE PLACA NAO-5762, conduzido pelo Senhor Deusdete da Silva e que invadiu a preferencial. QUE NÃO ESTAVA EM ALTA VELOCIDADE COMO DESCRITO NO ROP. Que ficou preso nas ferragens do veículo, sofreu lesões corporais e foi resgatado até o HGR. QUE DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE TAMBÉM VISA O SEGURO DPVAT. É o registro

# BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014704/2018

## ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima  
Responsável pelo Atendimento

Jose Pascoal Monteiro  
(Comunicante)

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

DOCUMENTO  
ORIGINAL  
22 AGO. 2018



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CRUJLAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem resuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>José Vassour Monteiro</i>	CPF da Vítima 202.101.093-04	Data do Acidente 19/03/2018
---	---------------------------------	--------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email:	CPF do Representante legal:
	Telefone (DDD):

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidade permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DOCUMENTO  
ORIGINAL**  
22 AGO. 2018

*São Paulo, 13 de Agosto de 2018*  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALL001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSF  
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3303 - AEROPORTO**

三

Caratula

- Alta por Decisión Mínima
  - Alta a Pedido
  - Alta a Reversa
  - Transacción para...

Ambulatório  
 Observação (Até 24h)  
 Internação

DOCUMENTO  
ORIGINAL  
22 AGO. 2018

810

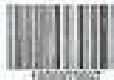
Antes do 1º Ajustamento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família

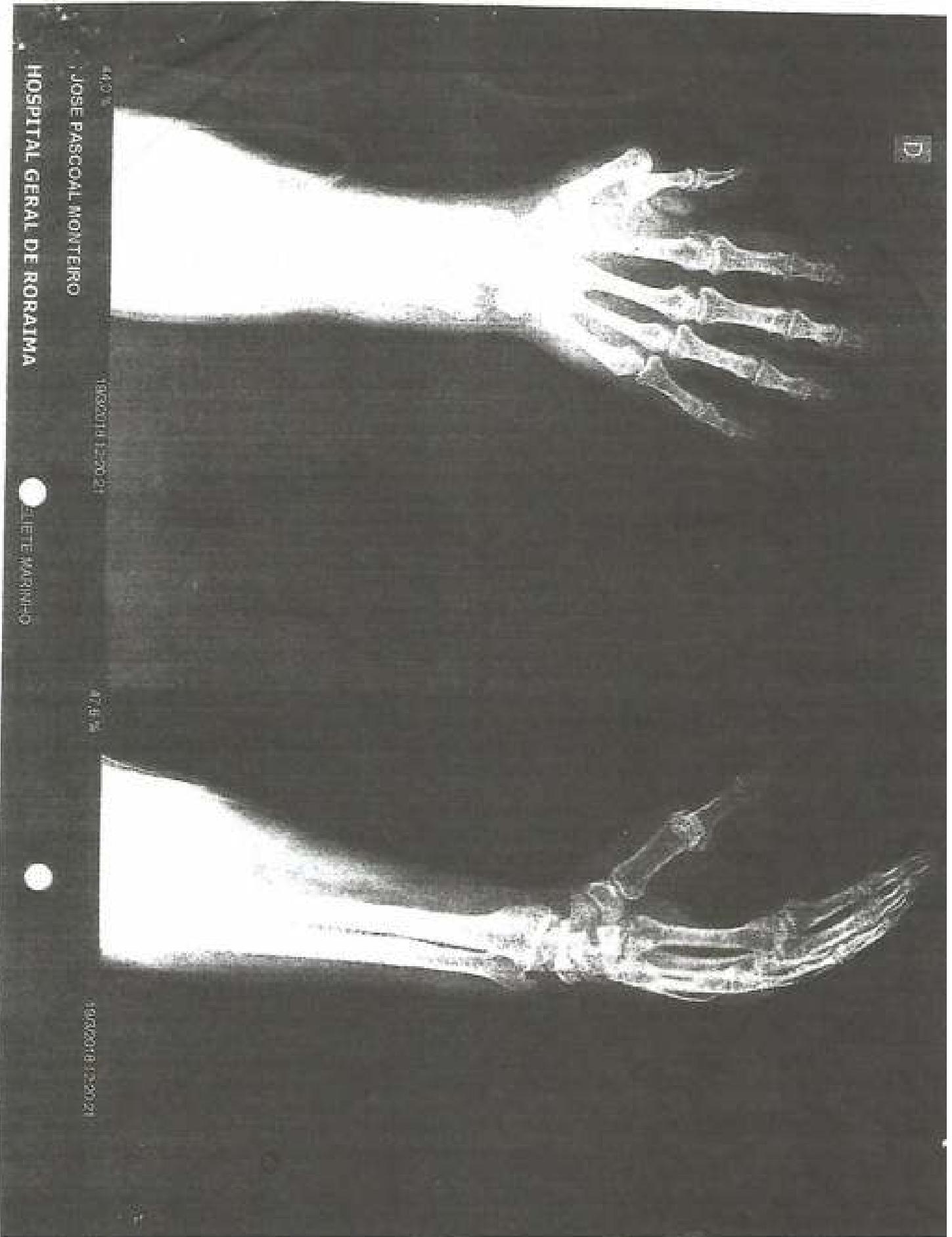
Caribe e Amazônia do Norte

#### **Auslösen der Patienten aus Remission**

Impresso por: daniel.viana

Marcio Freire  
Médico  
CRM/RB 1617





4628

JOSE PASCOAL MONTEIRO

193301012021

4745

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

ELITE MARINHO

193301012021