



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3649734

ELMANA GOUVEIA LOPES

AV VILLE ROY, 7679,

SAO VICENTE

69303445 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 168114	MÊS 09/2019	PERÍODO DE CONSUMO 16-AUG-19 a 13-SEP-19
CONSUMO (kWh) 3908	VENCIMENTO 06-OCT-19	TOTAL A PAGAR R\$ 4.771,44

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

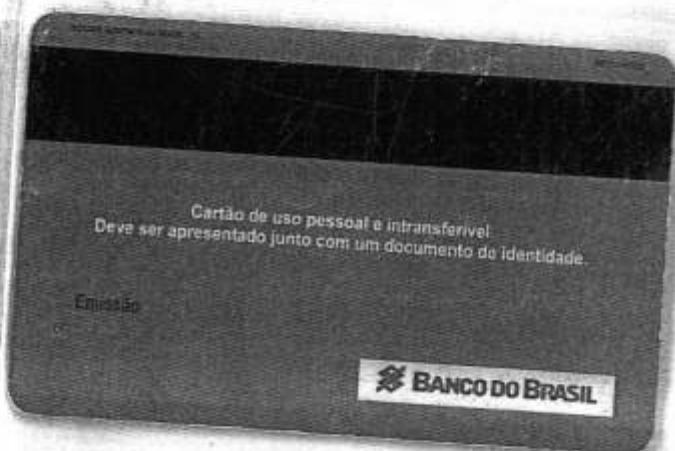
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 168114	MÊS 09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 4.771,44
------------------------	----------------	-------------------------------

836100000477.714400750002.000000000166.811409190055





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 012322476007
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 01 CDS RENAVAM 01019335839 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
ANTONIA DALVA SOUZA LEITE

CPF / CNPJ 010.108.023-99 PLACA NAX5828

PLACA ANT / LIP CHASSI PC2 2560FR501360

ESPECIE TIPO CARRO/MOTOCICLETA/OUTRO VEICULO COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX ANO FAB. 2014 ANO RENOV. 2015

CAP / POT / CIL 2P/9149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I *PAGU* *PAGU* 1* *****
P FAIXA LEVA PARCELAMENTO / COTAS 2* *****
V ** PAGO COTA ÚNICA ** 3* *****
A

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
R\$4.13 R\$0.7 R\$185.5 08/11/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR AMAZ
OCID *

Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR
interino

BOA VISTA-RR DATA 08/11/2017

EXPEDIENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 012322476007 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 08/11/2017

VA 01 CPF / CNPJ 010.108.023-99 PLACA NAX5828

RENAVAM 01019335839 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB. 2014 CAT. INF. 9C2KC1660FR501360 Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$81.29 DENATRAM (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.13 IOF (R\$) R\$0.7 TOTAL A SER PAGO PRÉO SEGURO (R\$) R\$185.5

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 08/11/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

561118

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0409099/19

Vítima: ANTONIA DALVA SOUSA LEITE

CPF: 010.108.023-99

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/08/2019

Titular do CPF: ANTONIA DALVA SOUSA
LEITE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIA DALVA SOUSA LEITE : 010.108.023-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/11/2019
Nome: ANTONIA DALVA SOUSA LEITE
CPF: 010.108.023-99

ANTONIA DALVA SOUSA LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190649581 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA DALVA SOUSA LEITE **Data do acidente:** 12/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA. P11,13

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO BILATERAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO BILATERAL.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190649581 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA DALVA SOUSA LEITE **Data do acidente:** 12/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA. P11,13

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO BILATERAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO BILATERAL.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0409099/19

Vítima: ANTONIA DALVA SOUSA LEITE

CPF: 010.108.023-99

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/08/2019

Titular do CPF: ANTONIA DALVA SOUSA LEITE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIA DALVA SOUSA LEITE : 010.108.023-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/11/2019
Nome: ANTONIA DALVA SOUSA LEITE
CPF: 010.108.023-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ANTONIA DALVA SOUSA LEITE

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190649581

Vítima: ANTONIA DALVA SOUSA LEITE

Data do Acidente: 12/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA DALVA SOUSA LEITE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190649581

Vítima: ANTONIA DALVA SOUSA LEITE

Data do Acidente: 12/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA DALVA SOUSA LEITE

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **ANTONIA DALVA SOUSA LEITE**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000003906**

Conta: **0000011190-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 010.108.025-99 3 - CPF da vítima: 010.108.025-99 4 - Nome completo da vítima: Antonia Dinha Sousa Leite

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

5 - Nome completo: Antonia Dinha Sousa Leite 6 - CPF: 010.108.025-99
7 - Profissão: balconista 8 - Endereço: R. Ville Roy 9 - Número: 7679 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: S. Vicente 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69303-445
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (95) 9.9119-0143

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3906 CONTA: 11190 8 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista 14/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037592/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/10/2019 11:01

Data/Hora Fim: 28/10/2019 11:02

Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 12/08/2019 17:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Rua Afonso dos Santos Pereira com Av. dos Corretores

Bairro: Alvorada

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIA D'ALVA SOUSA LEITE (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Monção

Sexo: Feminino

Nasc: 10/09/1984

Profissão: Balconista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Folomena da Conceição Sousa Leite

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 124710219997

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Ville Roy

Bairro: São Vicente

Nº: 7679

Telefone: (95) 99143-1242 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 010.108.023-99

Placa NAX5828

Renavam 01019335839

Número do Motor KC16E6F501360

Número do Chassi 9C2KC1660FR501360

Ano/Modelo Fabricação 2015/2014

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX

Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 23/08/2016

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Antonia D'alva Sousa Leite

Envolvimentos

Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Jorgenir da Silva
Data de Impressão: 28/10/2019 11:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 037592/2019-A01

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado, a comunicante acima qualificada compareceu nesta delegacia para informar que, na data acima citada conduzia a motocicleta Honda CG 150 Titan, vermelha, placa NAX-5828 na rua Afonso dos Santos Pereira quando a motocicleta, que vinha na rua Dos Corretores, que era conduzindo um homem que a comunicante desconhece, colidiu na sua motocicleta, que comunicante caiu no chão e sofreu fratura nos dois punhos e escoriações no braço esquerdo. Que este Boletim de Ocorrência é para fins de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Jorgenir da Silva

Agente de Polícia

Matrícula 42000144

Responsável pelo Atendimento

Antonia D'alva Sousa Leite

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) 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 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) causa(s) de cobertura:

☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do documento AEL

3 - CPF do titular: 010.108.023-49

4 - Nome completo da vítima:

Antônio Daltro Sousa Leite

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

5 - Nome completo:

Antônio Daltro Sousa Leite

6 - CPF:

010.108.023-49

7 - Profissão:

Balanceista

8 - Endereço:

R. Ville Roy

9 - Cidade:

Barra

10 - Complemento:

Passo

11 - Estado:

S. Vicente

12 - Cidade:

Barra Vista

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

69-303-445

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(95) 9-9119-0143

17 - Nome completo do Representante Legal (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

18 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereça acima informada, conforme comprovante anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA COBERTURA:

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$1.500,00
☐ R\$1.501,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - INDIQUE BANCÁRIOS:

☒ BANCO DO BRASIL

☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL

☐ OUTRO

☐ NÃO RESPONDE

☒ CONTA POUPEIRAS (para depósitos de poupança)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (303)

☒ Caixa Econômica Federal (204)

☐ CONTA CORRENTE (para depósitos)

Nome da BANCOS:

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 11190

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito de validação)

(Informe o dígito de validação)

(Informe o dígito de validação)

(Informe o dígito de validação)

Atesto a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, e que em over crédito, reconhecimento e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitando total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.254/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 50 (cinquenta) dias do pedido.

Solicito o encaminhamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sob a apresentação do laudo do IML, cancelando, desde já, em me submeter à análise médica eventual, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.134/74.

Declaro que esta declaração não significa anula concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo da veracidade.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúva ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Outro

24 - Grau de parentesco com a vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

26 - Se vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo:

27 - Vítima deixou filhos, irmãos, pais, avós?

☐ Sim ☐ Não

28 - Se vítima deixou filhos, irmãos, pais, avós?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se vítima deixou filhos, irmãos, pais, avós?

☐ Sim ☐ Não

30 - Se vítima deixou filhos, irmãos, pais, avós?

☐ Sim ☐ Não

31 - Se vítima deixou filhos, irmãos, pais, avós?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte e/ou invalidez permanente que se apresentar e provar a responsabilidade criminal por infração do artigo 288 do Código Penal.

32 - Nome:

33 - Nome legível de quem assina o pedido (a seg):

34 - CPF legível de quem assina o pedido (a seg):

35 - Assinatura de quem assina o pedido (a seg):

36 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Barra Vista 19/11/2019
X Antônio Daltro Sousa Leite

(Assinatura da vítima/Beneficiário/Declarante)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

42 - Assinatura do Promotor (se houver):

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA DALVA SOUSA LEITE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000011190-8

Nr. da Autenticação 9F4B3488D984E0F3