



Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Distribuição, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0108714-2

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capanga, S/nº - Centro - Boa Vista - RR, 69200-000

CNPJ: 06.941.470/0001-44 - Inscrição Estadual: 00000000000000000000

Telefone: (065) 321.4700 - Fax: (065) 321.4701

000626361

000626361

000626361

ABRIL/2018 06/05/2018 727 425,87

FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA
R. GRÃO MESTRE CLAUDIO B ARAUJO 054 EQUATORIAL
CPF: 00095533618260
CEP: 69.317-372 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.07.055100

CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR
Consumo	22415	Consumo	20/04/2018
Consumo	21688	Consumo	21/03/2018
Consumo de Multiplicação	1,000	Consumo de Multiplicação	22/05/2018
Consumo Mínimo	727	Consumo Mínimo	19/04/2018
Consumo Máximo	727	Consumo Máximo	20/04/2018

NORMAL

30

Classificação	Ligação	Módulo	Valor	Valor	Valor
RESIDENCIAL	BI	14ED006251	1.1.1.1.2	659	

Mês/Ano	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
MAR/18	668	CONSUMO	727 A R\$ 0,558811 =
FEV/18	676	ILUMINACAO PUBLICA	406,25
JAN/18	628		18,81
DEZ/17	717		
NOV/17	716		
OUT/17	784		
SET/17	695		
AGO/17	679		
JUL/17	570		
JUN/17	610		
TOTAL DO MÊS	6.437,79		

UNIDADE CONSUMIDORA DE ENERGIA ELÉTRICA

Mês/Ano 05/2018 Valor R\$ 437,54
Unidade consumidora sujeita à cobrança de /preço de energia elétrica e tarifa de 25/05/2017, em função das condições previstas neste contrato. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na dívida, impedindo ainda a utilização de crédito pessoal e de residencial no valor de R\$ 437,54 - valor histórico. Com isso, efetuada a cobrança para o consumidor responsável.

LIGUE 08007030120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 21 16 21 26

RESIDENCIAL/RES	13AB.0000.8821.3802.7084.8940.0148.4481
Consumo	124,54
Energia	199,24
Transmissão	0,00
Distribuição	8,30
Tributos	74,17
Valor de Cobrança	406,25
Alíquota ICMS	17,00%
Valor do ICMS	69,06
Valor do PIS	0,89
Valor do COFINS	4,22

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

ROT: 7.001.28.07.055100

02/2018 0,00

Eletrobras
Distribuição Roraima

SEU CÓDIGO
0108714-2
MÊS FATURADO
04/2018
TOTAL A PAGAR - R\$
425,87
VENCIMENTO
06/05/2018

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capanga, S/nº - Centro - Boa Vista - RR, 69200-000
CNPJ: 06.941.470/0001-44 - Inscrição Estadual: 00000000000000000000

Nº de Fatura Fiscal: 000626361 FCM

836100000000 8 25070075000 4 000000000100 1 71420418000 3



SEQ.: 00131 UC: 0108714-2 DT. LEIT.: 20/04/2018 T. ENTR.: 01
LEITURA: 22415 NORMAL TOTAL: 425,87 CARGA: 022
DT. VENC.: 06/05/2018 IRRREG.: 000 COL.FTOS.: 1000

06 JUL. 2018

000641369

CONTABILIDADE	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	11/05/2018	514	493,77

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P. GALVAO 1832-4 BIRITIS
CPF: 00018305151204
CEP: 69.389-209 - BOA VISTA

NOT: 5.001.12.04.021724

CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)	DATA DE VENCIMENTO
45184		24/04/2018
64670		23/03/2018
1.000		24/05/2018
514		23/04/2018
514	FCAM	24/04/2018

NORMAL

RESIDENCIAL	BT	7207276	N 1519448	1.1.1.2	487
-------------	----	---------	-----------	---------	-----

DATA	VALOR (R\$)	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
MAR/18	436	CONSUMO	514 A R\$ 0,958811 =
FEV/18	457	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 01/18-00	287,22
JAN/18	485	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 01/18-00	0,34
DEZ/17	499	MULTA POR ATRASO DE 1 01/18-00	4,74
NOV/17	490	JUROS DE MORA POR ATR 01/18-00	1,87
OUT/17	529	MULTA POR ATRASO 01/18-00	0,44
SET/17	480	PARCELAMENTO DE DEBITOS (2X)	0,57
AGO/17	522	JUROS DE MORA DE IMPO 01/18-00	153,28
JUL/17	542	ILUMINACAO PUBLICA	0,14
JUN/17	550		31,37

LEITURA DE BOMBA
P - 51 - 0,4507

RESUMO DE DÉBITOS E CANCELAMENTO DE DÉBITOS

Mes/Ano	Valor R\$	Descrição
03/2018	451,30	Valor correspondente a débito de fornecimento de energia elétrica e tarifa de 03/18, em função das contas anteriores não pagas, o que representa o valor devido pelo consumidor ao nome do (consumidor) em 03/18. O valor devido é de R\$ 451,30 (quatrocentos e cinquenta e um reais e trinta centavos).

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

DÉBITOS		CANCELAMENTOS	
CONSUMO	88,06	CONSUMO	287,22
PARCELAS	140,87	PARCELAS	17,00%
PARCELAS	0,00	PARCELAS	48,82
PARCELAS	5,86	PARCELAS	0,63
PARCELAS	52,43	PARCELAS	2,08

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 0,00

NOT: 5.001.12.04.021724

07/2018

0,00



Eletrobras

Distribuição de Energia

0108917-0

493,77

04/2018

11/05/2018

000641369 FCAM

03640000004 5 93770075000 6 00000000108 1 91700418008 4



SEQ: 00299 UC: 0108917-0 DT: 10/17 14/04/2018 T: ENTR.: 07.
LEITURA: 45184 NORMAL TOTAL: 493,77 - CARGA: 007

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Ilair Soares de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.512/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Franciele de Sousa Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 955.338.182/00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidação da Vitima Franciele de Sousa Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 955.338.182/00 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 Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento <u>Ap 04</u>
Bairro <u>Bonito</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ILOIRER@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Boa Vista 06 de Julho de 2018
local e data

Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODM DA CRUZ

Assinatura do Titular
Francinete de Sousa Oliveira

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Peleçar Direita

Peleçar Direita

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

196099

FRANCINETE DE SOUSA OLIVEIRA

JOSÉ MARQUES DE OLIVEIRA
MARIA DAS DORES DE SOUSA OLIVEIRA

COD - MA

CERTID NASC. 2492/84 FLS 69 LIV A-112

955.338.182-00

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

27/03/1984

23/03/2016

7



VALORES E IDENTIFICACIONAL

980151096

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

ILDEA INACIO DE SOUZA



DOC. IDENTIDADE / NO. CRESSOBRAS

114407 000 00

CPF

383.051.511-04

DATA NASCIMENTO

07/04/1978

PLACAO

JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

OUTRA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

00000000000000000000000000000000

ACC

00000000000000000000000000000000

CATEG

AD

SPACOTRINCO

011019/2304

VALIDADE

24/01/2020

1ª EMISSÃO

15/12/1999

ORSEPCO DES

Assinatura



Assinatura - 15 de dezembro

LOCAL

BOA VISTA - RO/ATMA

DATA DE EMISSÃO

30/01/2015

Assinatura



ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

92485240616

RR207964020

DEBEN ATROPA

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

RR Nº 012322394914 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
447.332.392-04 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatseguredotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

PERÍODO DATA EMISSÃO
2017 14/08/2017

VEICULO CPF / CNPJ PLACA
01 447.332.392-04 MAX7318

RENAVAM MARCA / MODELO
01021270072 YAMAHA/YS150 FAZER ED

ANO INSC. CEMTEM LEI CHASSI
2014 9C6XG0660E0030257

PRÊMIO TARIFÁRIO

DPV (R\$) DPVATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$81.29 R\$9.03 R\$90.33

CUSTO DO TRL (R\$) ICF (R\$) COTA AUTOMOBILISTAS (R\$)
R\$4.15 R\$0.7 R\$185.5

PAGAMENTO DATA DE EXPIRAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 10/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 20.248.008/0001-04

www.seguradoralider.com.br



06 JUL. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180352127 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA **Data do acidente:** 09/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IVONE S. VALICE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180352127 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA **Data do acidente:** 09/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Francilide de Souza Oliveira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	196009
ENDEREÇO:	R. Elias Mestre Claudio B. Araujo, N° 654, Equatorial

OUTORGADO

NOME:	Alvin Iracim de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.907
ENDEREÇO:	R. Antonio Ribeiro Galvão, N° 832, Brasília

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,

Boa Vista, 24 de Jul de 2018

LOCAL E DATA



Francilide de Souza Oliveira

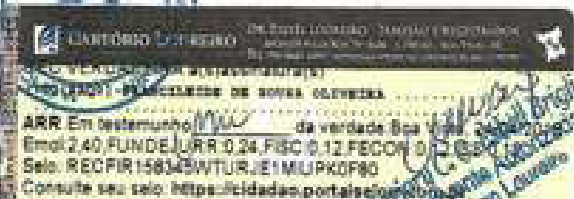
ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DOCUMENTO ORIGINAL

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.

06 JUL. 2018



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180352127

Vítima: FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/04/2018

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 3180352127**.

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 13171040



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA

Sinistro: 3180352127
Vítima: FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA
Data do Acidente: 09/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180352127** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180352127
Vitima: FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA
Data do Acidente: 09/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180352127**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **09/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima <u>955.939.192-00</u>	Nome completo da vítima <u>Francilene de Souza Oliveira</u>
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Francilene de Souza Oliveira</u>	CPF titular da conta <u>955.339.192-00</u>	Profissão <u>Ass. Administrativa</u>
Endereço <u>R. Grão Mestre Claudio B. Araújo</u>	Número <u>654</u>	Complemento
Bairro <u>Aguaí</u>	Cidade <u>Itaúna - MG</u>	Estado <u>MG</u>
E-mail <u>iloveit@hotmil.com</u>	CEP <u>69.372-372</u>	Telefone (DDD) <u>(95) 99551-4292</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome <input type="text"/>		BANCO Nome <input type="text"/>		BANCO Nome <input type="text"/>		BANCO Nome <input type="text"/>	
AGÊNCIA Nº <input type="text"/>		AGÊNCIA Nº <input type="text"/>		AGÊNCIA Nº <input type="text"/>		AGÊNCIA Nº <input type="text"/>	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boc Vista 24 de Abril de 2018
Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

Francilene de Souza Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (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 rasuras. 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

Franciele de Sousa Oliveira

CPF da Vítima

455.338.382-00

Data do Acidente

09/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez 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 Líder 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.

Boa Vista, 24 de Abril de 2018

Local e Data

Franciele de Sousa Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3305 - AEROPORTO

João



1800038943		16/04/2018 09:58:19		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		7	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA				27/03/1984		34 A 0 M 20 D		701801283972374		95533818200	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		196099		SSP RR		23/03/2016		F		UNIÃO	
Mãe		MARIA DAS DORES DE SOUSA OLIVEIRA		Estado Civil		Parda		Naturalidade		BOA VISTA - RR	
Endereço		RUA - GRAO MESTRE - 654 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR		Contato		JOSE MARQUES DE OLIVEIRA		(95) 99157-3095		Ocupação	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
MOTIVO DO ATENDIMENTO		SUB - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		DANIEL VIANA	
Setor		GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA							
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese da Enfermagem				GSC TOTAL AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123455							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)				SP: Dor no quadril (E)							
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares				<input checked="" type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO			
Dexametasona 40 W Tenoxicam 40mg W											
Condição				<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revólta <input type="checkbox"/> Transferência para:				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:			
óbito				Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica				DOCUMENTO ORIGINAL			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: daniel.viana Data Hora: 16/04/2018 09:59:05											